AZW
Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn



Arbeid in Zorg en Welzijn, Jeugdzorg en Kinderopvang 2015

Integrerend rapport

G. van Essen
S. Kramer
F. van der Velde
W. van der Windt

Leeswijzer

Het rapport bestaat uit twee delen.
Deel 1 bevat de ontwikkelingen van de sector Zorg en WJK als geheel.
In deel 2 worden de belangrijkste ontwikkelingen en hun effect op de arbeidsmarkt per branche beschreven.

Het rapport start in deel 1 met een sectorbrede schets van de belangrijkste ontwikkelingen in Zorg en WJK voor de arbeidsmarkt (hoofdstuk 1).

Vervolgens gaat hoofdstuk 2 in op de gevolgen van de hervormingen en bezuinigingen.

Hoofdstuk 3 behandelt verschillende arbeidsmarktaspecten:
de ontwikkeling van het aantal werknemers in Zorg en WJK, de in- en uitstroom uit de sector en de ontwikkeling van de pensioenleeftijd, de flexibilisering van de arbeidsrelaties, de ontwikkeling van het opleidingsniveau en de kwaliteit van arbeid.

Hoofdstuk 4 beschrijft de vooruitzichten en hoofdstuk 5 ten slotte geeft de samenvatting van en conclusies uit het voorgaande.

In deel 2 wordt in elk hoofdstuk de ontwikkeling van een van de branches beschreven, met dien verstande dat de ontwikkelingen bij de umc's en bij de ziekenhuizen in één hoofdstuk zijn ondergebracht.

– Dit rapport is als interactieve pdf uitgegeven.
– Links staan in blauw aangegeven.

Inhoud

Inleiding

Jaarlijks levert het onderzoeksprogramma 'Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn' (AZW) vanuit de verschillende programmaonderdelen veel informatie op over de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt van de sector Zorg en WJK (welzijn, jeugdzorg en kinderopvang). Dit integrerend jaarrapport geeft een overzicht van de belangrijkste arbeidsmarktontwikkelingen. Het doel ervan is om de resultaten van het programma in samenhang te analyseren en te duiden. Deze informatie stelt partijen in staat om passende beleidsmaatregelen te nemen die gericht zijn op het voorkomen en verminderen van knelpunten op de arbeidsmarkt.

Het onderzoeksprogramma AZW
Het onderzoeksprogramma AZW wordt uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS en sociale partners via de arbeidsmarktfondsen in Zorg en WJK.

In voorgaande jaren betrof het onderzoeksprogramma vier branches in de Zorg: ziekenhuizen, GGZ, gehandicaptenzorg en verpleging, verzorging, thuiszorg (VVT), en drie branches in WJK: welzijn en maatschappelijke dienstverlening (WMD), jeugdzorg en kinderopvang. Nieuw is dit jaar dat ook de universitair medische centra (umc's) en de huisartsenzorg bij het programma zijn betrokken.

Het onderzoeksprogramma bestaat uit verschillende onderdelen:
- continue dataverzameling
- website azwinfo.nl
- regionaal tabellenboek
- prognosemodel en online tool
- werkgeversenquête
- werknemersenquête
- integrerend rapport
- incidentele onderzoeken

Centrale vraagstelling
De centrale vraagstelling in dit integrerend rapport is: Welke ontwikkelingen zijn van invloed op de sector Zorg en WJK en wat zijn de gevolgen van die ontwikkelingen voor de arbeidsmarkt van deze sector?

Deelvragen die hiervoor worden beantwoord zijn:
1. Wat is de huidige stand van zaken op de arbeidsmarkt van de sector Zorg en WJK?
2. Wat zijn de belangrijkste ontwikkelingen die van invloed zijn op de sector?
3. Wat zijn de gevolgen van deze ontwikkelingen voor de arbeidsmarkt?
4. Wat zijn de vooruitzichten voor de arbeidsmarkt van de sector Zorg en WJK?
5. Wat zijn de huidige en toekomstige kwantitatieve en kwalitatieve discrepanties?
6. Tot welke uitdagingen leiden de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt?

De centrale vraagstelling brengt met zich mee dat het rapport ook aandacht besteed aan de gevolgen van de hervormingen en bestuurlijke akkoorden op de arbeidsmarkt.

Deel 1
Algemene ontwikkelingen

1 Ontwikkelingen in de sector Zorg en WJK

Dit hoofdstuk geeft een schets van de belangrijkste demografische, sociaaleconomische, sociaal-culturele, technologische en bestuurlijke ontwikkelingen die invloed hebben op de arbeidsmarkt in de sector Zorg en WJK. Dit hoofdstuk is gebaseerd op openbare beleidsdocumenten, onderzoeksrapporten en het AZW-onderzoek 2015. In deel 2 van dit rapport geven we kort de ontwikkelingen per branche weer.

1.1 Demografische ontwikkelingen

Het aantal ouderen neemt de komende jaren verder toe (CBS, 2013b) en dat geldt ook voor het aantal mensen met een of meer chronische aandoeningen, in het bijzonder dementie. Deze ontwikkelingen worden versterkt door de toename van de levensverwachting (dubbele vergrijzing). Ook de levensverwachting voor mensen met een beperking neemt toe, zij het dat het aantal mensen met een aangeboren beperking afneemt. Binnen de groep ouderen zien we een toename van alleenstaanden, van ouderen met partners, van kinderloze ouderen en van allochtone ouderen (CBS, 2013a; Pharos, 2012).

De vraag naar kraamzorg stijgt door een toename van het aantal geboortes (CBS Statline, 18 december 2014a). Door de groei van het aantal geboortes neemt vanaf 2017 het aantal jonge kinderen weer toe (CBS Statline, 18 december 2014b). Voorlopig neemt het aantal jongeren echter nog af. Deze ontwikkelingen vertalen zich in de vraag naar kinderopvang en jeugdzorg.

Effecten op de arbeidsmarkt

Voor de arbeidsmarkt van de sector Zorg en WJK betekenen de genoemde ontwikkelingen dat de vraag naar zorg blijft stijgen en, mede door comorbiditeit, complexer wordt. Daarmee stijgt ook de vraag naar arbeid. De stijging van het aantal geboortes leidt tot een grotere vraag naar kraamzorg. Door de afname van jongeren zal op korte termijn de behoefte aan kinderopvang (vooral buitenschoolse opvang) en jeugdhulp afnemen. Vanaf 2017 zal de behoefte aan kinderopvang weer toenemen.

De demografische ontwikkeling leidt ook tot vergrijzing van de beroepsbevolking, waardoor we rekening moeten houden met een groter wordende uitstroom van personeel over een paar jaar (zie ook paragraaf 3.2.3).

1.2 Sociaaleconomische ontwikkelingen

Het gaat hier om economische ontwikkelingen en de gevolgen voor de burgers in termen van welvaart, welzijn of arbeidsparticipatie.

Na de jaren van economische crisis meldt het CPB in de *Macro Economische Verkenning 2016* dat het economisch herstel doorzet. Het CPB verwacht dat de economie dit jaar met 2,0% groeit en in 2016 met 2,4%. De toegenomen bedrijvigheid zorgt met enige vertraging voor meer werkgelegenheid. De werkzame beroepsbevolking stijgt met 1,0% in 2015 en 1,1% in 2016. Door de toegenomen vraag naar arbeid daalt de werkloosheid naar verwachting per saldo van 7,4% in 2014 naar 6,7% in 2016. Wel blijft de daling van de werkloosheid achter bij de toename van de werkgelegenheid door een toename van het arbeidsaanbod. Het CPB verwacht dat de werkgelegenheid in de zorgsector in 2015 met 1,5% daalt, gevolgd door een zeer beperkte stijging van 0,2% in 2016. (CPB, 2015a)

Bezuinigd op onderdelen

Voorafgaand aan dit herstel hebben de verslechterde economische situatie van de afgelopen jaren en de noodzaak de kosten van zorg en welzijn beheersbaar te houden geleid tot hervormingen en financiële bijstellingen, die ervoor moeten zorgen dat de sector ook in de toekomst betaalbaar blijft. Rijk en gemeenten hebben in de afgelopen jaren bezuinigd op onderdelen van de langdurige zorg, het welzijnswerk en de kinderopvang.

Gestegen uitgaven

Tussen 2004 en 2014 zijn de uitgaven aan de sector Zorg en WJK gestegen van 64,5 miljard naar 95 miljard euro (CBS, 21 mei 2015). De zorguitgaven vormen daarmee in 2014 14,5% van het bbp. Sinds 2008 is de groei afgevlakt: de gemiddelde groei in de jaren 2004-2008 bedroeg 3,8 miljard, terwijl de gemiddelde toename tussen 2008 en 2014 uitkwam op 2,2 miljard. In 2014 zijn de uitgaven met 1,8% gestegen. Naar verhouding groeiden de uitgaven voor de huisartsenzorg en asielzoekerscentra het sterkst.

Begroting 2016

Vanwege de verbeterde economische situatie heeft het kabinet met de begroting 2016 de budgetten op een aantal punten verruimd. Vanaf 2016 trekt het kabinet 290 miljoen euro structureel extra uit voor verhoging van de kinderopvangtoeslag. De overheid financiert dit uit de onderbesteding op de huidige begroting voor kinderopvang die is ontstaan doordat minder ouders dan voorzien gebruik maken van kinderopvang. Brancheorganisatie Kinderopvang verwacht dat er hierdoor zo'n 7.000 werknemers in de kinderopvang bijkomen (Buitenhek, 2015).
Daarnaast investeert het kabinet 60 miljoen euro voor opvang van peuters.
Voorts stelt het kabinet in 2016 een bedrag van 140 miljoen euro beschikbaar voor de verpleeghuiszorg. In de jaren daarna loopt dit bedrag op tot structureel 210 miljoen euro. Een geplande bezuiniging binnen de Wet langdurige zorg van 45 miljoen in 2016 is geschrapt.

Door de economische crisis is afgelopen jaren de armoede in Nederland toegenomen (SCP & CBS, 2014). In 2014 en 2015 lijkt de armoede weer licht te dalen. Armoede leidt vaak tot financiële problemen en betalingsachterstanden, waardoor een groter beroep op welzijnswerk en schuldhulpverlening wordt gedaan. De groep mensen die problemen heeft met het (op tijd) betalen van de zorgpremie, groeit (ministerie van VWS, 2014).

Effecten op de arbeidsmarkt

De hervormingen en soms ook bezuinigingen van de afgelopen jaren hebben een remmend effect op de vraag naar zorg en welzijn en daarmee de vraag naar arbeid. Alleen bij de huisartsenzorg en asielzoekerscentra is sprake van substantiële groei. Met de verhoging van de kinderopvangtoeslag in de kinderopvang vanaf 2016 komen er in deze branche weer banen bij.

1.3 Sociaal-culturele ontwikkelingen

Bezien we welke ontwikkelingen zich voordoen in de cultuur en leefgewoonten, dan valt op dat er een verschuiving optreedt in de wijze waarop we aankijken tegen gezondheid. Gezondheid wordt niet langer opgevat als volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden, maar als het

vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven (Huber, 2014). Het streven is erop gericht om fysiek en psychisch ongerief minder te medicaliseren.
Deze verandering in de definiëring van gezondheid gaat gelijk op met het toenemende belang dat men in de participatiemaatschappij hecht aan eigen verantwoordelijkheid, zelfontplooiing, autonomie, eigen keuze en eigen regie van de patiënt/cliënt. Om deze reden, maar ook om redenen van bezuiniging, wordt een groter beroep gedaan op mantelzorgers en vrijwilligers.
Veel ouderen hebben een betere financiële positie dan voorheen, waardoor zij een grotere behoefte hebben aan eigen regie en keuzevrijheid (RIVM, 2014). We zien een toename van burgerinitiatieven, wat leidt tot het zelf organiseren van voorzieningen.

Vluchtelingencrisis

Anno 2015 heeft Europa te maken met een acute vluchtelingencrisis vanwege de oorlogssituatie in het Midden-Oosten. Het aantal vluchtelingen in Nederland neemt snel toe. Volgens het Centraal Orgaan opvang asielzoekers is de coa-opvang toegenomen van 14.604 in 2012 tot 46.414 – stand 16 november 2015 (COA, 2015).

Effecten op de arbeidsmarkt

De visie op zorgverlening verandert van 'zorgen voor' in 'zorgen dat'.
Dit betekent een verandering in de manier waarop professionals geacht worden hun werk te doen. Zij begeleiden cliënten meer en meer in het versterken van hun eigen kracht en eigen regie, samen met mantelzorgers en vrijwilligers. Ook de arbeidsrelatie kenmerkt zich steeds meer als gelijkwaardige relatie, waarbij meer verantwoordelijkheid bij de medewerkers wordt gelegd.
Deze nieuwe manier van werken vraagt van medewerkers andere competenties. De toename van mantelzorg brengt voor zorgverleners extra risico op overbelasting met zich mee, omdat juist ook op hen een beroep wordt gedaan als mantelzorger of vrijwilliger.
De sterke stijging van het aantal vluchtelingen en asielzoekers leidt tot een grotere behoefte aan professionals die opvang organiseren, lokale initiatieven opzetten en ondersteuning bieden.

1.4 Technologische ontwikkelingen

De Stichting Toekomstbeeld der Techniek heeft onlangs toekomstbeelden van technologie in de zorg geschetst (Willemse, 2015). Ze staat stil bij technologische ontwikkelingen uit het verleden, het heden en verwachte ontwikkelingen voor de toekomst. Het gaat daarbij om ontwikkelingen die speciaal gericht zijn op de zorg, zoals almaar kleiner wordende medische instrumenten, maar ook ontwikkelingen daarbuiten. Want, zo stelt men, het verleden leert dat belangrijke veranderingen in de zorg niet altijd hun oorsprong hebben in de sector zelf. Nieuwe ontwikkelingen in onder meer informatie- en communicatietechnologie kunnen grote gevolgen hebben voor de zorg. Maar ook verbeteringen in de opslagcapaciteit van batterijen of waterzuivering van ziekenhuizen.

De technologische ontwikkelingen brengt de stichting onder in een aantal categorieën:

1 Sensortechnologie
2 Mechatronica (inclusief robotica en domotica)
3 Informatietechnologie
4 Communicatietechnologie
5 Biotechnologie
6 Nieuwe materialen

E-health en domotica

Sommige ontwikkelingen maken nieuwe behandelingen en zorginnovatie mogelijk. *E-health* biedt patiënten en artsen de mogelijkheid om via de computer diagnoses te stellen, uitslagen te communiceren en informatie uit te wisselen. De opkomst van *e-health* draagt ertoe bij dat mensen langer thuis en zelfstandig kunnen blijven wonen en minder een beroep hoeven te doen op professionele zorg. Ook de ontwikkelingen op het gebied van domotica en hulpmiddelen bevorderen de zelfredzaamheid van cliënten.

Een en ander maakt duidelijk dat achter het begrip 'technologische ontwikkelingen' een grote verscheidenheid aan gebieden schuil gaat. Verder geeft men aan dat juist daar waar sprake is van convergerende technologieën, waar interactie tussen verschillende technologieën plaatsvindt,

zich de grootste en meest belangwekkende ontwikkelingen voordoen. Een algemene conclusie is dat er effect op de zorg is, maar dat de aard van het effect nog grotendeels onbekend is.

Effecten op de arbeidsmarkt

Het is nog niet duidelijk in welke mate technologische ontwikkelingen effect hebben op de arbeidsmarkt. Technologische ontwikkelingen kunnen leiden tot arbeidsbesparing, maar ook tot groei van de zorgvraag. De langdurige zorg wordt efficiënter door bijvoorbeeld zorg op afstand of het gebruik van robots. Ook in de curatieve zorg kan technologische vooruitgang kostenbesparend zijn, waardoor specialistische handelingen steeds meer routinematig kunnen worden uitgevoerd. Technologische ontwikkelingen kunnen ook leiden tot een efficiëntere bedrijfsvoering, waardoor minder overig personeel nodig is.
Maar door bijvoorbeeld nieuwe behandelmethoden, ontwikkelingen in de nanotechnologie of het beschikbaar komen van dure medicijnen, zoals biologica, kan de zorgvraag ook toenemen (CPB, 2011).
Technologische ontwikkelingen leiden verder tot een grotere vraag naar 'medisch-technisch' personeel en een relatieve afname van verpleegkundig personeel ten opzichte van behandelaren in de medisch-specialistische zorg. Tot slot leiden deze ontwikkelingen tot de behoefte aan andere competenties: omgaan met nieuwe apparaten en andere communicatie met patiënten en cliënten (bijvoorbeeld zorg op afstand).

1.5 Bestuurlijke ontwikkelingen

De overheid heeft in de afgelopen periode een reeks afspraken met sociale partners gemaakt en een groot aantal ingrijpende wijzigingen in wet- en regelgeving doorgevoerd. Voor de overzichtelijkheid geven we hieronder de belangrijkste veranderingen en hun gevolgen puntsgewijs weer.

Bestuurlijke akkoorden

De volgende belangrijke akkoorden werden afgesloten in de zorgsector:

- het 'Zorgakkoord 2013', gericht op een combinatie van een uitwerking van het regeerakkoord, een verantwoorde loonontwikkeling en gerichte maatregelen ten behoeve van de werkgelegenheid en de kwaliteit van arbeid in de zorg[1];
- het 'Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2014-2017', gericht op een beheerste kostenontwikkeling en verbetering van kwaliteit door spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties (ministerie van VWS, 16 juli 2013b);
- het 'Bestuurlijk akkoord GGZ 2014-2017', met afspraken over de groeiruimte en kwaliteit en doelmatigheid van zorg (ministerie van VWS, 16 juli 2013a) (dit akkoord is inmiddels opgezegd);
- het 'Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017' en het hoofdlijnenakkoord 'De eerstelijn verbonden door ontwikkeling' voor de periode 2014-2018, waarin afspraken zijn gemaakt over extra financiële ruimte voor de eerste lijn en de ontwikkeling van een nieuw bekostigingsmodel. Het doel ervan is onder andere om te sturen op verplaatsing van een deel van de tweedelijnszorg naar de eerstelijnszorg (ministerie van VWS, 16 juli 2013c);
- er zijn 'Uitgangspunten voor een toekomstvaste langdurige zorg en ondersteuning' met sociale partners en gemeenten geformuleerd met maatregelen die de kwaliteit van de zorg en ondersteuning in de thuissituatie voor cliënten waarborgen en bijdragen aan de positie van werknemers in de langdurige zorg en ondersteuning (ministerie van VWS, 4 december 2015).

Transitie: van AWBZ naar Wlz, Wmo 2015, Zvw en Jeugdzorg

Per 1 januari 2015 werd een reeks belangrijke wetswijzigingen voor Zorg en WJK van kracht, in een aantal gevallen gepaard gaand met bezuinigingen. Een overzicht van de belangrijkste veranderingen en hun gevolgen, staat hieronder:

- Invoering van de Wet langdurige zorg (Wlz) voor mensen die continu zorg of toezicht nodig hebben. De beperking van de indicatiestelling tot zorgzwaartepakket 4 en hoger leidt tot sluiting van verzorgingshuizen.
- Aanpassing van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo):
  - Begeleiding, persoonlijke verzorging (5%) en het daarbij mogelijke kortdurende verblijf, beschermd wonen en dagbesteding zijn ondergebracht in Wmo 2015.
  - Het uitgangspunt is: één gezin, één plan. Gemeenten kiezen veelal voor de introductie van sociale wijkteams om op basis van een inten-

[1] Het zorgakkoord is niet onderschreven door de Abvakabo.

sieve samenwerking tussen zorg, jeugdzorg en welzijn een integraal aanbod aan burgers te kunnen doen. Hiertoe streven zij ook naar ontschotting van budgetten.
- Forse bezuinigingen op het budget voor huishoudelijke hulp. (De overheid beoogt de effecten ervan te verminderen door tijdelijk extra middelen beschikbaar te stellen voor de huishoudelijke hulp-toelage. Zie hiervoor paragraaf 2.7.1 Sectorplannen).
- Door de ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers in de Wmo 2015 op te nemen, is de positie van mantelzorgers versterkt. Zorgaanbieders en welzijnsinstellingen werken meer dan voorheen samen met mantelzorgers en vrijwilligers.

• Overheveling van onderdelen van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw):
  - In de Zvw is de aanspraak wijkverpleging opgenomen, met een prominente rol van de wijkverpleegkundige als poortwachter voor extramurale verpleging en verzorging (inclusief indicatiestelling en wijkgerichte zorg).
  - De extramurale verpleging, het overgrote deel van de persoonlijke verzorging (95%) en de langdurige GGZ zijn overgeheveld naar de Zvw.
  - In de wijkverpleging is sprake van een zeer krap financieel macro-kader. Dit uit zich in een beperking van het zorgvolume enerzijds (terwijl de vraag naar wijkverpleging toeneemt als gevolg van de ex-tramuralisering en vergrijzing) en een daling van de gecontracteerde tarieven anderzijds (ActiZ, 2015).
• Invoering van de Jeugdwet:
  - De Jeugdwet vervangt de Wet op de jeugdzorg en verschillende andere onderdelen van de jeugdzorg die onder de Zvw (geestelijke gezondheidszorg voor jongeren) en de AWBZ (zorg voor licht verstandelijk beperkte jeugd) vielen. Ook de jeugdbescherming en jeugdreclassering maken deel uit van de wet.
  - De uitvoering van en verantwoordelijkheid voor jeugdhulp is gedecentraliseerd naar gemeenten.
  - De invoering gaat gepaard met bezuinigingen.

Participatiewet

• De wet heeft tot doel dat meer mensen met een arbeidsbeperking bij een gewone werkgever aan de slag gaan en dat de sociale voorzie-ningen teruggebracht worden tot waar ze voor bedoeld zijn (Memorie van Toelichting). De overheid kiest voor een meer activerende aanpak, waarbij iedereen die (gedeeltelijk) kan werken ook naar vermogen gaat werken. De Participatiewet vervangt de Wet werk en bijstand (Wwb), de Wet sociale werkvoorziening (WSW) en een groot deel van de Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten (Wajong).
• De wet werkt aan twee zijden: enerzijds de re-integratie van patiën-ten/cliënten naar werk en anderzijds de verplichting voor de branches om arbeidsgehandicapten in dienst te nemen.
• Kabinet en sociale partners hebben afgesproken dat er tot 2026 125.000 extra banen komen voor mensen met een arbeidsbeperking. Dit zijn 100.000 banen in de marktsector (6.000 tot eind 2015) en 25.000 banen bij de overheid (3.000 tot eind 2015). De zorgsector wordt in dit verband gezien als onderdeel van de marktsector. De marktsector loopt met 9.224 extra gerealiseerde banen in de aan-loopperiode tot 1 januari 2015 voor op schema.
• Gemeenten nemen bij aanbestedingen *social return* als contractvoor-waarde op, dat wil zeggen dat er bij de uitvoering van de opdracht ook mensen moeten worden ingezet met een grote(re) afstand tot de arbeidsmarkt.

Aanpassing Wet werk en zekerheid

• De aanpassing van de zogeheten ketenbepaling van de Wet werk en zekerheid per 1 juli 2015 beperkt het aantal aansluitende tijdelijke contracten.
• De voorwaarden voor een WW-uitkering zijn aangescherpt en de uit-keringsduur wordt in de komende jaren geleidelijk korter, totdat een maximale duur van twee jaar is bereikt. Een derde WW-jaar is mogelijk, afhankelijk van afspraken in de cao.
• Het invoeren van een transitievergoeding bij ontslag.

Verhoging kwaliteit kinderopvang
Vanaf 2017 worden de kwaliteitseisen voor de kinderopvang en peuterspeelzalen verder verhoogd. Deze organisaties moeten zich meer richten op de ontwikkeling van kinderen en worden daar ook meer op beoordeeld. Verder wil minister Asscher van Sociale Zaken en Werkgelegenheid dat medewerkers specifieke scholing krijgen voor de verzorging van baby's en mogen er minder wisselingen zijn van medewerkers op een babygroep.

Ontwikkeling beroepsonderwijs
In het beroepsonderwijs doen zich een aantal ontwikkelingen voor gericht op flexibilisering en het meer toekomstbestendig maken van de opleidingen.

Met het project *'Bachelor Nursing 2020'* wordt de hbo-opleiding verpleegkunde vernieuwd en toegesneden op het nieuwe kader dat daarvoor in 2012 is vastgesteld. In de nieuwe opleiding wordt een groot accent gelegd op de generalistische beroepsuitoefening. Met een combinatie van een *minor* (keuzeonderwijs), de stage en het afstudeerproject kan een student een eigen focus aanbrengen. Dit kan gericht zijn op een branche- of themagerichte verdieping, op doorstroom naar de verpleegkundig specialist of op wetenschappelijk vervolgonderwijs.
Ook ontstaan er nieuwe opleidingen in het hbo, bijvoorbeeld de bachelor Medisch Hulpverlener.
De hbo-verpleegkundige met een *Bachelor of Nursing* zal niveau 6 zijn.

De vernieuwde kwalificatiestructuur in het mbo kent minder en deels bredere profielen, die zijn opgebouwd uit een brede basis, uitstroomprofielen en keuzedelen. De introductie van keuzevakken is bedoeld om de beroepsopleidingen meer en flexibeler toe te snijden op de beroepspraktijk en sneller aan te passen aan nieuwe ontwikkelingen.

Effecten op de arbeidsmarkt
De hervormingen, taakstellingen en bezuinigingen hebben grote gevolgen voor de arbeidsmarkt. In algemene zin remmen zij de groei van het zorggebruik af en daarmee ook de vraag naar personeel. Op korte termijn leiden de veranderingen in grote delen van de zorg tot werkgelegenheidsverlies, vooral aan de onderkant van de arbeidsmarkt. Door de verschuiving van zorgtaken naar de eerste lijn, zal de huisartsenzorg wel blijven groeien.

De veranderingen leiden ertoe dat de zorg verder zal extramuraliseren. Het beleid is erop gericht dat mensen langer thuis blijven wonen en eenvoudige zorg- en ondersteuningsbehoefte zo veel mogelijk zelf organiseren. Deze werkzaamheden zullen vaker door mantelzorgers en vrijwilligers worden uitgevoerd. De professionele zorg zal zich meer richten op de complexere zorgvragen, waardoor de competentie-eisen veranderen en toenemen. Denk daarbij onder meer aan vaardigheden voor interprofessionele samenwerking in de sociale wijkteams (één gezin – één plan) en tussen eerste, tweede en derde lijn. In de toeleiding naar arbeid krijgen medewerkers in de gehandicaptenzorg, WMD en jeugdzorg te maken met andere samenwerkingspartners dan voorheen. Ook de sturing op zelfregie het coachen van mantelzorgers en vrijwilligers vraagt om nieuwe vaardigheden van de medewerkers.
De intramurale zorg (ziekenhuizen, VVT, GGZ, GHZ, jeugdzorg) wordt minder omvangrijk, maar complexer, doordat de minder zware patiënten en cliënten langer thuisblijven of eerder naar huis gaan. Ook de ontwikkeling van nieuwe technologie en de toenemende comorbiditeit verzwaren de zorgvraag.

De branches in Zorg en WJK werken aan een nieuwe beroepenstructuur waarin vakmanschap toekomstbestendig wordt beschreven. Een nieuwe beroepenstructuur kan de wendbaarheid en mobiliteit, en daarmee de arbeidsmarktpositie, van werknemers versterken.

De invoering van de Participatiewet en de vereiste *social return* bij gemeentelijke aanbestedingen vormen een flinke uitdaging voor de sector Zorg en WJK, omdat de werkgelegenheid aan de onderkant van de arbeidsmarkt afneemt. Ondanks positieve intenties bij werkgevers zal het voor de sector lastig zijn om een substantiële bijdrage te leveren aan extra banen voor mensen met een arbeidsbeperking in een periode dat men ook afscheid moet nemen van medewerkers op de lagere functieniveaus.

Tot slot kunnen de Wet werk en zekerheid en de cao-afspraken gericht op het terugdringen van nulurencontracten effect hebben op de arbeidsrelaties van medewerkers in Zorg en WJK. Deze maatregelen zijn bedoeld om de positie van flexwerkers te versterken.

1.6 Conclusies

In de afgelopen jaren zijn de uitgaven voor de sector Zorg en WJK sterk gestegen. De demografische ontwikkelingen zorgen ervoor dat de sector ook in de toekomst zal blijven groeien. Naast de vergrijzing dragen ook nieuwe behandelingsmogelijkheden aan die groei bij.

De overheid heeft een groot aantal maatregelen genomen om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden en wil tegelijkertijd de kwaliteit verbeteren. Deze maatregelen zijn mede gebaseerd op een andere opvatting over gezondheid en het toenemende belang dat het kabinet hecht aan eigen verantwoordelijkheid, zelfontplooiing, autonomie, eigen keuze en eigen regie van de patiënt/cliënt. Dit houdt in dat de zorg op onderdelen wordt versoberd en dat van burgers wordt verwacht dat zij eerst zorg en ondersteuning in hun eigen netwerk organiseren.

Minder intramurale zorg, meer extramurale zorg en hulpverlening

Het overheidsbeleid is erop gericht dat mensen langer thuis blijven wonen en/of eerder naar huis gaan. Hierdoor neemt de intramurale zorg af en de extramurale zorg toe. In dat beleid past ook een verschuiving van (duurdere) tweedelijnszorg naar (goedkopere) eerstelijnszorg.

Minder vraag naar lager opgeleiden, meer vraag naar hoger opgeleiden

De lichtere zorg- en ondersteuningsvragen nemen af, terwijl de complexere vragen zullen toenemen. Hiermee verandert ook de behoefte aan personeel. De werkgelegenheid voor lager opgeleiden wordt minder, terwijl de behoefte aan hoger opgeleiden toeneemt. De invoering van de Participatiewet en de vereiste *social return* bij gemeentelijke aanbestedingen vormen daarom een flinke uitdaging voor de sector Zorg en WJK.

Nieuwe competenties

Sturen op eigen regie en samenwerken in een nieuwe context vragen nieuwe competenties. Ook de begeleiding van mantelzorgers en de interprofessionele samenwerking, bijvoorbeeld in wijkteams en tussen eerste-, anderhalve- en tweedelijnszorg, alsmede het omgaan met nieuwe apparaten, vereisen nieuwe vaardigheden. Datzelfde geldt voor de toeleiding naar arbeid.

In hoofdstuk 2 gaan we op een aantal van deze aspecten dieper in.

2 Gevolgen hervormingen en bezuinigingen voor de arbeidsmarkt

2.1 Inleiding

In hoofdstuk 1 staat een groot aantal ontwikkelingen beschreven dat direct of indirect gevolgen heeft voor de arbeidsmarkt van de sector Zorg en WJK. Veel van die ontwikkelingen zijn autonoom en hebben betrekking op trends die al lang gaande zijn. Dit geldt echter in veel mindere mate voor de bestuurlijke ontwikkelingen gericht op stelselherziening en financiële houdbaarheid van de sector Zorg en WJK.
De maatregelen van het kabinet-Rutte II zorgen voor grote veranderingen in de sector en hebben gevolgen voor cliënten, mantelzorgers, gemeenten en zorgverzekeraars, zorg en welzijnsaanbieders en medewerkers. In dit hoofdstuk beschrijven we op basis van inzichten uit het AZW-programma en andere literatuur wat de effecten van de bestuurlijke ontwikkelingen zijn. We zoomen daarbij vooral in op de gevolgen van de veranderingen voor organisaties die actief zijn in de sector Zorg en WJK, welke maatregelen zij anticiperend en in reactie op de beleidsmaatregelen nemen en wat de gevolgen daarvan zijn voor het HRM-beleid en voor de medewerkers en de arbeidsmarkt.

2.2 Strategische keuzes organisaties

De hervormingen en bezuinigingen hebben grote invloed op de strategische keuzes van aanbieders in de sector Zorg en WJK (CAOP, 2015a).
Dit proces is al langere tijd bezig. Weliswaar is de hervorming van de langdurige zorg op 1 januari 2015 ingegaan, maar de voorbereidingen hiervoor zijn al eerder gestart en in 2014 was de eerste ronde van aanbestedingen een feit. Veel aanbieders hebben in 2013 en 2014 al op de veranderingen geanticipeerd. Bovendien waren andere bestuurlijke akkoorden en beleidsmaatregelen al eerder in werking getreden. Uit een werkgeversenquête (Panteia, 2014) blijkt dan ook dat veel organisaties eind 2013 al maatregelen hadden genomen in verband met de hervormingen en bezuinigingen. Op dat moment was de helft van de organisaties in zorg en WJK al bezig met aanpassingen in het financieel beleid, de omvang van het personeelsbestand en de omvang van de flexibele schil.
Deze aanpassingen gaan in 2015 volop door (CAOP, 2015a). Meer dan de helft van de werkgevers past als gevolg van de hervormingen zijn portfolio en marketingstrategie aan en ontwikkelt nieuwe producten en diensten en/of breidt het bestaande dienstverleningsaanbod uit. In de langdurige zorg wordt het aanbod meer ambulant. Organisaties richten zich meer op algemene voorzieningen voor opvang en begeleiding en geven meer aandacht aan activering van het netwerk van de cliënt en het begeleiden van mantelzorgers en vrijwilligers (Panteia, SEOR & E,til, 2014).
Behalve dat ze diensten en producten uitbreiden, zegt de helft van de aanbieders dat zij zich specialiseren in hun aanbod (CAOP, 2015a). Specialisatie én afstoting van bepaalde diensten en producten is vooral zichtbaar in de jeugdzorg, GGZ en ziekenhuizen.

Meer druk op prijs en kwaliteit

De hervormingen en bezuinigingen leiden mede als gevolg van de toegenomen concurrentie en/of onderhandelingen met zorgverzekeraars en zorgkantoren, tot meer druk op prijs en kwaliteit. Veel organisaties passen zowel hun financiële beleid als hun beleid ten aanzien van huisvesting en vastgoed aan. De maatregelen op dit gebied zijn bedoeld om kosten te besparen. Organisaties beperken hun inkoopkosten en overhead, kosten voor huisvesting en de inzet van personeel in het primaire proces . Tegelijkertijd hebben werkgevers door de hervormingen en bezuinigingen te maken met frictiekosten. Eind 2013 waren die nog relatief beperkt, medio 2015 lagen die volgens werkgevers een stuk hoger (Panteia, 2014 en CAOP, 2015a). Vooral in de GGZ en jeugdzorg zegt de helft tot twee derde van de organisaties dat ze te maken hebben met hoge frictiekosten. Die kosten bestaan vooral uit ontslagvergoedingen, opleidingen, wachtgeld en WW. Investeren in duurzame inzetbaarheid wordt, voor zover het gaat om frictiekosten, minder vaak genoemd.

Intensievere samenwerking

Bij circa twee derde van de werkgevers leiden de veranderingen tot vergaande samenwerking met andere aanbieders (CAOP, 2015a). Binnen het sociaal domein vervagen de grenzen tussen verpleging en verzorging, welzijn, gehandicaptenzorg, GGZ en jeugdzorg. Umc's kiezen ervoor om meer in netwerken samen te werken, ziekenhuizen en eerste lijn werken

meer samen, hetzelfde geldt voor de GGZ en eerste lijn en voor de jeugdgezondheidszorg en de Centra voor Jeugd en Gezin. Ook ontstaat meer samenwerking tussen kinderopvang en jeugdzorg en tussen kinderopvang en het primair onderwijs (Panteia, 2014). Wat de effecten van deze intensievere samenwerking voor de arbeidsmarkt zijn, is nog niet bekend, wel dat hierdoor de samenwerking tussen verschillende beroepsgroepen toeneemt.

De intensievere samenwerking vertaalde zich in een stijging van het aantal fusies en overnames in de afgelopen jaren: van 23 in 2008 naar 63 in 2014, vooral in de GGZ, VVT en ziekenhuizen (Boer & Croon CF, 2015). De motieven zijn vaak zorginhoudelijk van aard, maar ook de versterking van de markt- en onderhandelingspositie, efficiency en financiële overwegingen, en veranderingen in het overheidsbeleid spelen mee (Postma, 2015). Voor ziekenhuizen is de fusiegolf overigens grotendeels voorbij en kijkt de NZa ook kritisch naar nieuwe fusieplannen (NZa, 2015).

Innovatie: sociale wijkteams

De hervormingen van de langdurige zorg naar de Wmo leiden tot een impuls aan eerder ingezette innovaties in de wijze waarop maatschappelijke ondersteuning wordt georganiseerd. Veel gemeenten hebben sociale wijkteams (en jeugdteams) ingericht, onder meer met het oog op het vroegtijdig signaleren van (sociale) problematiek (bijvoorbeeld schulden), waardoor grotere problemen kunnen worden voorkomen. Een belangrijke functie van de sociale wijkteams is naast preventie het organiseren van de toegang tot de ondersteuning. Zo streeft men ernaar de zorgvraag te verkleinen, doordat de sociaal werkers de eigen kracht van burgers stimuleren. Daarnaast zorgen ze voor lichte ondersteuning door de sociale netwerken van hulpvragers in te zetten, door hulpvragers in contact te brengen met lokale vrijwillige organisaties en de mogelijkheden te inventariseren om de sociale overwaarde van hulpvragers te benutten, zodat burgers elkaar kunnen helpen.

Het aantal werknemers dat inmiddels werkzaam is in een sociaal wijkteam of jeugdteam binnen de gemeente is het hoogste voor de WMD (17,8%), gevolgd door jeugdzorg (13,7%) en de VVT (6,5%) (CAOP, 2015b). Door de multidisciplinaire samenstelling van het wijkteam komen meer passende en creatieve oplossingen tot stand, omdat er een dialoog ontstaat tussen werknemers met verschillende achtergronden en expertise.

2.3 Gevolgen voor het HRM-beleid en personeel

Organisaties in zorg en WJK nemen verschillende organisatorische en personele maatregelen om de gevolgen van de kabinetsmaatregelen door te vertalen naar de eigen organisatie. Veel aanbieders reorganiseren of bezuinigen door afdelingen en/of locaties te sluiten. In 2015 voert in de zorgsector de helft en in WJK een derde van de werkgevers een reorganisatie door (CAOP, 2015a). Vooral in de jeugdzorg, GGZ en ziekenhuisbranche vinden veel reorganisaties plaats.

Veel maatregelen van werkgevers hebben betrekking op de inzet van het personeel. Organisaties passen de samenstelling van hun personeelsbestand aan, scholen hun medewerkers en verdelen het personeel op een andere manier over de organisatie. Ze stoten personeel af (met uitzondering van de huisartsenzorg), onder andere door te bezuinigen op staf en management. Ook is het beleid gericht op een grotere bijdrage van mantelzorgers aan de zorg en ondersteuning van cliënten. Voor zorgmedewerkers die zelf als mantelzorger actief zijn, leidt dit tot een dubbele belasting. Dit geldt voor een kwart van het personeel (CAOP, 2015b).

Afslanking realiseren

De bezuinigingen, bijvoorbeeld op de huishoudelijke hulp in de VVT, leiden ertoe dat instellingen ervoor kiezen om in te krimpen. Dit gebeurt door in te grijpen in de flexibele schil en dan vooral door tijdelijke contracten niet te verlengen en/of medewerkers met een nulurencontract minder of niet meer op te roepen (CAOP, 2015a). Daarnaast realiseren ze de afslanking door een vacaturestop in te stellen en gebruik te maken van natuurlijk verloop.

Ook personeel in vaste dienst heeft te maken met de gevolgen van inkrimping. In 2014 is in 40% van de organisaties personeel boventallig geworden. In een ruime meerderheid van deze organisaties hebben medewerkers een *outplacement* of van-werk-naar-werktraject (VWNW-traject) aangeboden gekregen (CAOP, 2014). Ook vindt inkrimping plaats door ontslag van vast personeel via een vaststellingsovereenkomst.

Dit gebeurt bij twee derde van de zorginstellingen (exclusief de huisartsenzorg) en de helft van de WJK-organisaties (CAOP, 2015a).

Arbeidsmarktfitheid vergroten

De kabinetsmaatregelen hebben tot gevolg dat organisaties hun medewerkers stimuleren om na te denken over hun loopbaan en om hun 'arbeidsmarktfitheid' te vergroten. Ruim de helft van de werkgevers geeft het personeel gelegenheid om loopbaanadvies in te winnen of een loopbaantraject te volgen (CAOP, 2014). In de (jeugd)zorg heeft twee derde van de organisaties activiteiten ondernomen om verticale en horizontale interne mobiliteit mogelijk te maken.

2.4 Gevolgen voor de personele samenstelling

De kabinetsmaatregelen leiden ertoe dat veel werkgevers snijden in ondersteunende functies, zoals staf en management, administratie en ICT of de facilitaire dienst (CAOP, 2015a ; Kiwa Carity, 2015b; GGZ Nederland, 2014a). Dat gebeurt vooral veel in de zorgsector en jeugdzorg.
Het snijden in de managementlaag verklaart mede de toename van zelfsturende teams in branches. Het vormen van zelfsturende teams gebeurt het meest in de gehandicaptenzorg, VVT en jeugdzorg.
Hoewel aanbieders in zorg en WJK op administratieve functies bezuinigen, zijn er geen aanwijzingen dat de administratieve lasten minder zijn geworden. Integendeel, branches die met veel gemeenten afspraken moeten maken signaleren juist dat de administratieve en juridische verantwoordingslast is toegenomen, waardoor meer administratief personeel nodig is (Kiwa Carity, 2015b).

Dynamiek bij patiëntgebonden functies

De meeste dynamiek in termen van inkrimping, uitbreiding en verschuiving treedt echter op bij de patiëntgebonden functies. Medio 2015 verwachten werkgevers dat het aantal functies tot en met mbo-niveau 2 (verder) zal afnemen. Vooral de VVT verwacht krimp bij lager opgeleid personeel als gevolg van de bezuiniging op de huishoudelijke hulp.
Het beeld voor functies op mbo-niveau 3 en 4 is wisselend. Werkgevers in de VVT en huisartsenzorg verwachten overall een toename van dergelijke functies, terwijl ziekenhuizen, GGZ-instellingen en jeugdzorg minder behoefte hebben aan functies op deze niveaus. Bij de gehandicaptenzorg, WMD en kinderopvang verwacht men krimp bij niveau 3 en groei bij niveau 4 (CAOP, 2015a ; Kiwa Carity 2015b).

Toename hbo-functies

Per saldo verwachten werkgevers een uitbreiding van het aantal functies op hbo-niveau (CAOP, 2015a). Dit is vooral in de zorg het geval bij verpleegkundige functies. Toename van dergelijke functies komt vooral voor in ziekenhuizen, VVT en huisartsenzorg. In de GGZ, gehandicaptenzorg en jeugdzorg hebben werkgevers vaker de verwachting dat ze ook bij hbo-functies moeten inkrimpen. Verder verwachten ziekenhuizen en huisartsenzorg als enige branches vaker groei dan krimp van het aantal functies op hbo-masterniveau. De toename van hbo-functies heeft te maken met veranderende werkomstandigheden en andere eisen aan medewerkers als gevolg van de participatiemaatschappij. Ook veranderingen in het kwaliteitsdenken spelen een rol (Kiwa Carity, 2015b).
Opvallend is dat bijna een kwart van de medewerkers van mening is dat het functieniveau lager is dan zijn of haar opleidingsniveau (CAOP, 2015b). Het lijkt erop dat niet al het talent en potentieel van medewerkers volledig wordt benut.
Tot slot verwachten zorg- en welzijnsaanbieders vaker dat het aantal functies op wetenschappelijk niveau zal afnemen dan toenemen (CAOP, 2015a). Deze trend is het meest zichtbaar in de jeugdzorg, GGZ en gehandicaptenzorg.

Eigen netwerk

De bezuinigingen leiden ertoe dat organisaties in Zorg en WJK behalve van hun eigen personeel vaker gebruikmaken van vrijwilligers. Ook stimuleren zij dat mantelzorgers zorg en ondersteuning bieden. Dat is in lijn met de hervormingen die beogen dat cliënten eerst een beroep doen op hun eigen netwerk. Werkgevers verwachten dan ook een toename van de inzet van mantelzorgers en vrijwilligers (CAOP, 2015a). Vooral de VVT en gehandicaptenzorg verwachten uitbreiding van beide groepen. In de GGZ en WMD richt men zich vaker op vrijwilligers.

De conclusie is dat de hervormingen en bezuinigingen tot verschuiving leiden in de samenstelling van het personeelsbestand. Werkgevers snijden zo veel mogelijk in niet-patiëntgebonden functies en binnen de patiëntgebonden functies treedt een verschuiving op naar functies op hbo-niveau en naar de inzet van mantelzorgers en vrijwilligers.

2.5 Scholing

De verschuiving van lager naar hoger gekwalificeerd personeel en de veranderende competentie-eisen voor de verschillende functies als gevolg van de veranderingen in het werkveld betekent dat aandacht nodig is voor scholing van medewerkers. Sociale partners besteden hier aandacht aan in bijvoorbeeld cao-afspraken, (regionale) sectorplannen of de kwaliteits-impuls ziekenhuizen. Een van de meest genoemde maatregelen die instellingen nemen om in te spelen op de effecten van beleidsmaatregelen, is dan ook het scholen van hun personeel. Uiteindelijk zegt een derde van de organisaties dat de aandacht die zij besteden aan opleidingen het gevolg is van de beleidsmaatregelen van de overheid (CAOP, 2015a).

Ongeveer zes op de tien werknemers heeft een of meer trainingen of cursussen gevolgd in 2014. Dit betreft voornamelijk vakinhoudelijke trainingen of cursussen, trainingen of cursussen gericht op vaardigheden en andere op het werk gerichte trainingen en cursussen. Scholing gericht op het verruimen van de mogelijkheden vindt in mindere mate plaats. In de huisartsenzorg en jeugdzorg namen werknemers het vaakst deel aan scholing (CAOP, 2015b).

Bijscholing en verhoging opleidingsniveau

In 2015 is er een toename van bijscholing en van het verhogen van het opleidingsniveau via opscholing. Ruim een derde van de werkgevers geeft aan dat er in 2015 meer bijscholing voor patiëntgebonden functies wordt gegeven dan in voorgaande jaren. Dat is vooral in ziekenhuizen en de VVT het geval, maar ook in de jeugdzorg, WMD en gehandicaptenzorg is meer aandacht voor bijscholing.
In de zorgsector wordt behalve aan vakinhoudelijke bijscholing aandacht besteed aan het werken met zwaardere cliëntgroepen, preventie en signalering/indicering, technologische vaardigheden, zelfsturende teams, veiligheid en zelfstandig/alleen werken. In WJK heeft bijscholing vaak betrekking op veiligheid en signalering/indicering. In aanvulling daarop besteden instellingen in deze sector aandacht aan taalvaardigheden, sociale en pedagogische vaardigheden en voor- en vroegschoolse educatie (CAOP, 2015a).

Ruim een kwart van de organisaties in de sector zorg en WJK verwacht in 2015 meer opscholing van medewerkers in patiëntgeboden functies naar hogere opleidingsniveaus. Vooral werkgevers in de VVT, ziekenhuizen, GGZ en jeugdzorg signaleren een toename van opscholing. Opscholing kan onder meer gerealiseerd worden door een EVC-traject te volgen. Zo heeft 40% van de medewerkers in de Jeugdzorg op mbo-niveau zich met een EVC-traject gecertificeerd voor een functie op hbo-niveau (opgave FCB).

In de sector Zorg en WJK is maar in beperkte mate sprake van een toename van omscholing. In veel organisaties is dat niet van toepassing en ruim een derde van de aanbieders geeft aan dat dit in 2015 evenveel gebeurt als in voorgaande jaren. Wel is in de zorg (GGZ en VVT) de aandacht voor omscholing meer toegenomen dan in branches WJK.

Veel werkgevers maken gebruik van de (regionale) sectorplannen voor de financiering van scholing voor hun medewerkers. Variërend van de helft van de werkgevers in WMD en kinderopvang tot bijna 90% van de werkgevers in de jeugdzorg heeft hierover afspraken gemaakt (CAOP, 2015a). Dat werkgevers in WMD en kinderopvang het minst gebruikmaken van de sectorplannen voor scholing, komt wellicht doordat het relatief kleine organisaties zijn en zij de eisen en administratieve lasten te hoog vinden.

2.6 Kwantitatieve gevolgen voor de arbeidsmarkt

Langdurige zorg, ondersteuning en jeugdzorg

De kabinetsmaatregelen zorgen voor aanpassingsreacties van zorgaanbieders en die reacties hebben op macroniveau gevolgen voor de arbeidsmarkt. Het ministerie van VWS heeft op verzoek van sociale partners in 2013 en 2014 een arbeidsmarkteffectrapportage (AER) laten opstellen om een inschatting te krijgen van het effect van de stelselherziening op de arbeidsmarkt in de langdurige zorg, ondersteuning en jeugdzorg.
Op basis van de eerste AER in 2013 kwamen de bewindslieden van VWS tot de conclusie dat, uitgaande van de beschikbare financiële middelen, de werkgelegenheid op macroniveau in de langdurige zorg, ondersteuning en jeugdzorg in 2015 27.000 fte's (54.000 personen) lager zou liggen dan in 2013 (ministerie van VWS, 25 oktober 2013). Omdat het kabinet

extra middelen beschikbaar heeft gesteld, hebben Panteia, SEOR en E,til (2014) in de tweede AER de prognose van het werkgelegenheidsverlies bijgesteld naar 12.000 fte's (30.000 personen) in 2015. Met de invoering van de Huishoudelijke Hulp Toelage (HHT) in 2014 verwacht het ministerie dat daarnaast nog eens 19.000 personen langer aan het werk kunnen blijven (ministerie van VWS, 14 december 2014).

Gemeentelijke inkoop

Er zijn nog weinig gegevens bekend over de gevolgen van het gemeentelijk inkoopbeleid voor 2016 voor de arbeidsmarkt. Uit een onderzoek door het Netwerk Directeuren Sociaal Domein (NDSD) onder 21 gemeenten blijkt dat de nadruk op zorgcontinuïteit voor veel gemeenten in 2015 heeft geresulteerd in een relatief beleidsarme inkoop van specialistische zorg en ondersteuning. Gemeenten hebben bij de inkoopcontracten voor 2015 bewust gekozen voor flexibiliteit in het eerste jaar om later meer ruimte te hebben om vernieuwing in contracten te brengen. Daarom zijn er voornamelijk kortlopende contracten van merendeels één jaar afgesloten. Zo'n 60% van de Wmo-producten zijn ingekocht met een éénjarige contractduur, voor Jeugd is dat nog eens 10% meer. Dat betekent dat de dynamiek op de arbeidsmarkt in de komende periode groot blijft.
Het globale beeld uit de inventarisatie is dat binnen de Wmo (zowel intramuraal als extramuraal) de minimumtarieven die gemeenten betalen voor vergelijkbare producten relatief dicht bij elkaar liggen. Er zijn echter wel grote verschillen waarneembaar tussen de maximumtarieven die gemeenten betalen voor zorgproducten binnen de Wmo (NDSD, 2015). Veel zorgaanbieders ervaren deze tarieven als te laag.

Zorg en Welzijn

Uit AZW-cijfers blijkt dat het arbeidsvolume in Zorg en WJK in 2013 en 2014 met ruim 42.000 fte's is gedaald (zie hoofdstuk 3). In 2014 kromp de werkgelegenheid met 22.200 fte's ten opzichte van 2013, waarvan 18.900 fte's betrekking had op de zorgsector en jeugdzorg. Alleen in de huisartsenzorg is sprake van een stevige werkgelegenheidsgroei vanwege het beleid gericht op versterking van de eerste lijn. Tegelijkertijd met het werkgelegenheidsverlies is het aantal lopende WW-uitkeringen tussen 1 januari 2014 en 1 juni 2015 met 13% toegenomen (Kiwa Carity en CAOP, 2015b).

Organisaties verwachten voor 2015 en 2016 zowel inkrimping als uitbreiding, waarbij per saldo meer organisaties krimp verwachten dan groei (CAOP, 2015a). In de GGZ en de jeugdzorg is het aantal organisaties dat aangeeft dat ze zullen krimpen over de hele linie veel groter dan het aantal organisaties dat zegt dat ze (gaan) uitbreiden, ongeacht het functieniveau. Omgekeerd verwacht de huisartsenzorg bij de meeste functies geen krimp, maar vooral groei. Inkrimping en uitbreiding komen in de praktijk overigens meestal tegelijkertijd voor, maar hebben dan vaak betrekking op verschillende functies en/of niveaus.

Medio 2015 verwachten werkgevers dat in 2015 per saldo 13.323 arbeidsplaatsen zullen verdwijnen en in 2016 13.223 arbeidsplaatsen, waarvan 6.503 (in 2015) en 6.900 (in 2016) door gedwongen ontslag. De krimp zal vooral worden gerealiseerd bij personeel met een tijdelijke aanstelling, maar sommige branches, zoals de GGZ, jeugdzorg en gehandicaptenzorg, zeggen ook te moeten inkrimpen bij personeel met een vaste aanstelling (CAOP, 2015a).

2.7 Specifiek ingezet arbeidsmarktbeleid

2.7.1 Sectorplannen

Om de werkgelegenheidsgevolgen van de hervormingen en bezuinigingen op te vangen, zijn in de sector Zorg en WJK verschillende sectorplannen vastgesteld. De meeste sectorplannen richten zich vanwege het verwachte banenverlies op het bevorderen van arbeidsmarktfitheid, mobiliteit en deelname aan VWNW-trajecten. Daarnaast is er aandacht voor op-, bij- en nascholing van het personeel vanwege de veranderende personeelssamenstelling en veranderende competentie-eisen in bepaalde functies. Het sectorplan van de huisartsen wijkt hiervan af, omdat deze branche tekorten kent. Dit plan richt zich op de werving van doktersassistenten en POH's, omdat het in deze branche lastig is om vacatures voor deze functies vervuld te krijgen.

Landelijk sectorplan

Op verzoek van de ministeries van SZW en VWS hebben sociale partners in de zorgsector mobiliteit en VWNW-trajecten enerzijds en scholing ander-

zijds in verschillende sectorplannen georganiseerd. Het landelijk sectorplan zorg is een samenwerkingsverband van de VVT, GGZ en GHZ en is gericht op de begeleiding van boventallig of met ontslag bedreigd personeel in het zoeken naar ander werk. Op 1 oktober 2015 waren ongeveer 2.016 trajecten gestart, waarvan inmiddels iets meer dan een derde is afgerond (Kiwa & CAOP, 2015f). De trajecten zijn tot nu toe vrijwel allemaal ingezet voor medewerkers met een vaste aanstelling (98,8%), medewerkers met een aflopend tijdelijk contract worden dus niet vanuit het sectorplan begeleid. Omdat de realisatie van het plan achterblijft bij de prognose, is de ambitie om 24.000 trajecten te realiseren op verzoek van sociale partners door het ministerie van SZW bijgesteld naar maximaal 4.000 trajecten (ministerie van VWS, 3 september 2015).

Regionale sectorplannen

De regionale sectorplannen in de zorg richten zich op scholing van zittend personeel en de instroom van jongeren. Tot 1 november 2015 hebben regionale werkgeversorganisaties met de zorginstellingen in hun regio afspraken gemaakt over ruim 80.000 trajecten. Dat is meer dan het beoogde aantal van 70.000 trajecten. Ruim de helft (51%) van de afgesproken trajecten vindt plaats in de VVT, 30% in de gehandicaptenzorg, bijna 13% in de GGZ. Ten opzichte van de peiling van 1 juli 2015 heeft een verschuiving plaats gevonden van de kortere trajecten (competentiescans en traningsprogramma's van gemiddeld 2 dagen) naar de meer intensieve maatregelen (opscholing BBL-niveau en opscholing hbo-niveau). Ruim 7.500 trajecten hebben betrekking op opscholing (Kiwa Carity en CAOP, 2015e). Zoals in paragraaf 2.5 is aangegeven, maakt ruim de helft van de werkgevers in Zorg en WJK voor scholing gebruik van de regionale sectorplannen (CAOP, 2015a).

Sectorplan Huisartsenzorg

Het sectorplan huisartsenzorg is gericht op het opleiden van personeel uit andere zorgbranches voor ondersteunende functies in de huisartsenzorg vanwege bestaande en verwachte tekorten. Het doel is 150 doktersassistenten op te leiden, 200 praktijkondersteuners somatiek/praktijkverpleegkundigen en 250 praktijkondersteuners GGZ. Ook starten er vijf pilots om de instroom van arbeidsgehandicapten in de huisartsenzorg te versterken. Tot slot krijgen 250 praktijkondersteuners de mogelijkheid tot bijscholing tot praktijkverpleegkundige.

Sectorplan WJK

Het sectorplan van sociale partners in welzijn, jeugdzorg en kinderopvang biedt de mogelijkheid om de arbeidsmarktpositie van 20.000 werknemers in deze sector te versterken. Op 1 december 2016 is deze doelstelling bereikt. 4.500 medewerkers zijn naar een voorlichting en bewustwordingsbijeenkomst gegaan om medewerkers bewust te maken van de veranderingen op de arbeidsmarkt en tools te geven om met hun loopbaan aan de slag kunnen gaan. Ruim 2.000 werknemers hebben een van werk naar werktraject gevolgd. 270 medewerkers hebben omscholingstraject gevolgd. En ruim 13.500 werknemers volgden een scholingstraject.
De scholingstrajecten gingen met name over (samen)werken, leiding geven en ondernemen in een arbeidsmarkt die in verandering is. Bij deze trajecten zijn 560 werkgevers betrokken. Met werkgevers is een scholingsgids ontwikkeld waarin 250 opleidingen zijn opgenomen. Daarnaast worden er nog twintig regionale arbeidsmarktinitiatieven ondersteund (FCB).

2.7.2 Huishoudelijke Hulp Toelage

Het kabinet heeft voor 2015 en 2016 190 miljoen euro beschikbaar gesteld voor een Huishoudelijke Hulp Toelage (HHT). Het stelt deze (tijdelijke) extra middelen beschikbaar aan gemeenten om arbeidsplaatsen in de huishoudelijke hulp langer te behouden en te voorkomen dat werknemers uitstromen uit loondienst naar alfahulpconstructies. Volgens het ministerie van VWS kunnen hiermee 19.000 personen langer hun baan behouden (ministerie van VWS, 14 december 2014).

Gemeenten hebben bijna allemaal (98%) een aanvraag ingediend om aanspraak te kunnen maken op de extra middelen. Binnen enkele vastgestelde kaders hebben zij een grote mate van vrijheid om de HHT in te zetten. Dit heeft dan ook geleid tot een verscheidenheid aan doelgroepen, tarieven en samenwerkingsvormen. Inmiddels is in bijna alle gemeenten de HHT operationeel en de eerste cijfers over het gebruik van de HHT druppelen binnen.
Op basis van deze cijfers kan een voorzichtige voorspelling gedaan wor-

den over de realisatie in 2015. Vertaald naar werkgelegenheid is de verwachting dat in 2015 door de inzet van de HHT werkgelegenheid wordt gecreëerd voor 7.000 tot 15.000 werknemers (Kiwa Carity en CAOP, 2015b). Dat is ongeveer de helft van het aantal dat destijds in de plannen is aangegeven. Deels heeft dit te maken met vertraging in de implementatie van de plannen, waardoor de afname van de HHT pas later gestart is. Daarnaast vonden cliënten, gemeenten en aanbieders aanvankelijk de eigen bijdrage van de cliënt hoog. Om hieraan tegemoet te komen, is de maximale bijdrage vanuit de HHT inmiddels verhoogd van 12,50 naar 17,50 euro. Verder heeft staatssecretaris Van Rijn ook initiatieven genomen om de mogelijkheden van de HHT actief onder de aandacht van cliënten te brengen (ministerie van VWS, 3 september 2015). Het aflopen van de HHT zal naar verwachting rond 2017 zijn effect krijgen op de arbeidsmarkt.

2.8 Cao-afspraken over inzetbaarheid

In verschillende branche-cao's zijn afspraken gemaakt om te investeren in scholing en ontwikkeling in personeel, bijvoorbeeld door middel van een loopbaanbudget. Deze investeringen zijn erop gericht om medewerkers wendbaar en inzetbaar te houden op de (interne en externe) arbeidsmarkt. De scholing en ontwikkeling van medewerkers wordt daarbij gezien als een gezamenlijke verantwoordelijkheid van werkgever en werknemer. Het scholen en ontwikkelen van medewerkers is ook bedoeld om medewerkers te binden aan de organisatie en/of branche met het oog op mogelijke tekorten van bepaalde functies op de langere termijn (zie hoofdstuk 4).

Ook zijn er afspraken gemaakt over de balans tussen enerzijds de wendbaarheid van organisaties en anderzijds de werkzekerheid van de medewerkers. Hierbij gaat het bijvoorbeeld over afspraken om vast personeel flexibeler in te zetten. Het plaatsen van medewerkers met een vast contract in een *flexpool* is dan een van de mogelijkheden om te zorgen voor een flexibele inzet van medewerkers in de instelling. Ook zijn er, mede naar aanleiding van afspraken in het sociaal akkoord, in enkele cao's afspraken gemaakt over het terugdringen van nulurencontracten vanuit de gedachte dat vast werk tot vaste banen moet leiden.

Tot slot zijn in enkele cao's afspraken gemaakt over de verplaatsing van verantwoordelijkheden naar lagere niveaus in de organisatie. Een voorbeeld hiervan is de invulling van de werktijden, die op lager niveau worden vastgesteld.

2.9 Conclusies

De hervormingen en bezuinigingen hebben tot grote veranderingen in de sector Zorg en WJK geleid. Door de stelselherziening in de langdurige zorg en jeugdzorg is een nieuw speelveld ontstaan met nieuwe spelregels, waarbij gemeenten belangrijke spelers zijn geworden die als inkopers mede de spelregels bepalen, en waarbij de concurrentie tussen zorg en welzijnsorganisaties is toegenomen.

Dienstverlening

Organisaties in Zorg en WJK hebben anticiperend en in reactie op de veranderingen hun organisatie aan de nieuwe situatie aangepast. Dit proces is al in 2013 begonnen en loopt nog steeds door. De hervormingen leiden tot nieuwe (extramurale) vormen van dienstverlening of concentratie van dienstverlening, en tot intensievere samenwerking tussen aanbieders. Door financiële taakstellingen en soms bezuinigingen hebben organisaties maatregelen genomen om de kosten voor huisvesting, inkoop en overhead terug te dringen, afdelingen en/of locaties te sluiten en waar mogelijk de inzet van personeel te verminderen.

Personeel

Veel maatregelen van werkgevers hebben betrekking op de inzet van het personeel. Organisaties passen de samenstelling van hun personeelsbestand aan, scholen hun medewerkers en verdelen het personeel op een andere manier over de organisatie. Er treedt over de hele linie een verschuiving op naar functies op hbo-niveau. Ook wordt een groter beroep gedaan op mantelzorgers en vrijwilligers.

Inkrimping

Veel organisaties zijn door de bezuinigingen en concurrentie gedwongen om in te krimpen. Ze stoten personeel af, vooral medewerkers in functies tot en met mbo-niveau 2, en bezuinigen op staf en management en ondersteunende functies (administratief, ICT, facilitair). In 2013 en 2014 is het

arbeidsvolume in de sector Zorg en WJK daardoor met ruim 42.000 fte's afgenomen. Alleen de huisartsenzorg is gegroeid vanwege het beleid gericht op versterking van de eerstelijn.

Instrumenten
Sectorplannen, HHT en cao-afspraken zijn instrumenten om de gevolgen van de hervormingen en bezuinigingen te verzachten. Het is nog te vroeg om over de effectiviteit van deze instrumenten te oordelen. Veel instellingen maken gebruik van de regionale sectorplannen om de inzet van hun medewerkers met behulp van scholing te vergroten. Ook cao-afspraken dragen daar aan bij. De afbouw van het personeelsbestand vindt vooral plaats via natuurlijk verloop, afbouw van kortlopende contracten en vaststellingsovereenkomsten (CAOP, 2015a).

Er is tot nu toe beperkt gebruikgemaakt van het landelijke sectorplan gericht op mobiliteitsbevordering en VWNW-trajecten. De werkgelegenheid die in 2015 met de HHT wordt gecreëerd, is met 7.000 tot 15.000 werknemers lager dan verwacht.

3 Stand van zaken op de arbeidsmarkt

In de voorgaande hoofdstukken zijn de recente ontwikkelingen geschetst die van invloed zijn op de sector Zorg en WJK en zijn de gevolgen van de bestuurlijke ontwikkelingen voor de arbeidsmarkt beschreven. In dit hoofdstuk gaan we verder in op de stand van zaken op de arbeidsmarkt in Zorg en WJK. We kijken naar de ontwikkeling van het arbeidsvolume, de in- en uitstroom uit de sector en de flexibilisering van arbeidsrelaties. Daarna gaan we in op de instroom in de opleidingen en het aandeel van de zorg- en welzijnsopleidingen in het totaal van de opleidingen. Tot slot besteden we aandacht aan een aantal aspecten rondom kwaliteit van arbeid.

3.1 Ontwikkelingen in het arbeidsvolume
In de periode 2009-2011 is de werkgelegenheid in Zorg en Welzijn over het algemeen gegroeid. Alleen bij welzijn en maatschappelijke dienstverlening en bij jeugdzorg is in 2011 een daling te zien. In 2012 zet deze daling ook bij een aantal andere branches in, terwijl bij weer andere branches nog groei plaatsvindt. Na 2012 worden de effecten van de anticipatie op de voorgenomen bezuinigingen en transities zichtbaar: het aantal werknemers is in 2014 met 5,6% gedaald ten opzichte van 2012, het aantal fte's met 4,6%. Dit komt overeen met een afname van het totale aantal fte's in de sector van ruim 42.000. In tabel 3.1 is te zien dat deze afname plaatsvindt in vrijwel alle branches in de zorg. De enige uitzondering hierop is de branche huisartsenzorg en gezondheidscentra. Deze branche is in de jaren 2013 en 2014 met gemiddeld 4,6% per jaar gegroeid, onder andere als gevolg van een toename en verzwaring van de zorg in de eerste lijn.
De grootste afname in werkgelegenheid is te zien in de kinderopvang (-20,7% in twee jaar), gevolgd door welzijn en maatschappelijke dienstverlening (-5,5%) en de VVT (-5,2%). In de VVT is het aantal banen in de V&V minder gedaald dan in de thuiszorg (meer hierover is te vinden in hoofdstuk III van deel 2 van dit rapport).

Bij welzijn en maatschappelijke dienstverlening is in 2014 weer een heel kleine stijging te zien.

Tabel 3.1: Aantal fte's per branche, ultimo 2009-ultimo 2014

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Umc's	54.710	55.926	57.007	57.242	55.266	55.688
Ziekenhuizen	158.632	162.196	163.894	164.718	163.435	162.602
GHZ	109.870	112.253	115.513	119.299	117.252	114.388
GGZ	70.713	69.927	72.632	72.307	71.907	68.962
VVT	247.190	254.295	262.088	269.792	267.779	255.667
Huisartsenzorg en gezondheidscentra	16.940	17.644	18.319	18.658	19.464	20.374
Overige zorg	67.076	69.380	71.972	73.316	73.545	73.249
WMD	57.486	56.956	55.883	53.337	49.719	50.416
Jeugdzorg	28.694	28.622	27.410	27.065	26.332	25.113
Kinderopvang	59.894	65.546	68.165	61.886	53.033	49.054
Totaal	871.205	892.745	912.881	917.618	897.732	875.515

Bron: Onderzoeksprogramma AZW

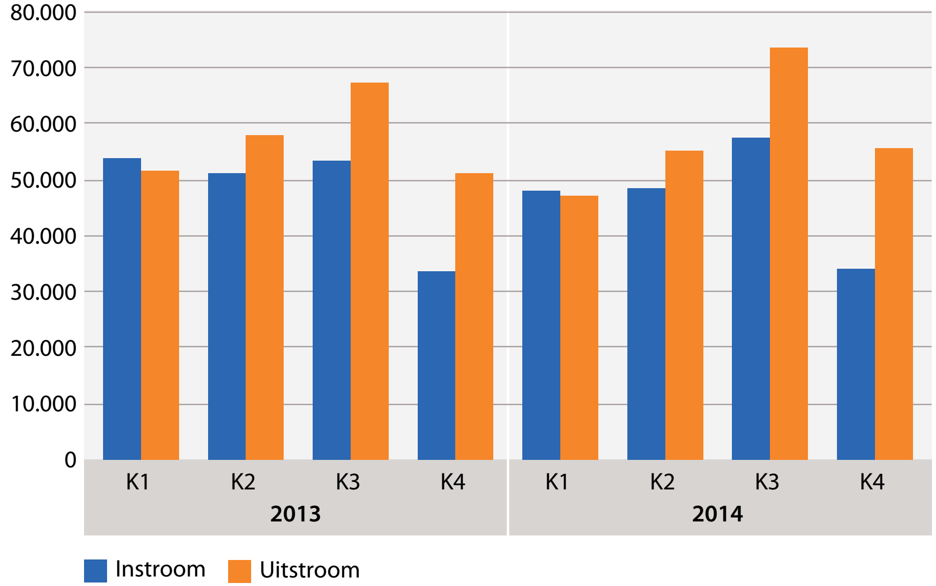
De landelijke ontwikkelingen die zichtbaar zijn, zullen in grote lijnen ook te zien zijn in de verschillende arbeidsmarktregio's. De omvang van deze ontwikkelingen verschilt echter per regio: in de ene regio zal de werkgelegenheid in een bepaalde branche sterker dalen dan in de andere regio.

3.2 In- en uitstroom

3.2.1. Omvang van de in- en uitstroom

Zoals hierboven is aangegeven, is het arbeidsvolume in Zorg en WJK in 2013 en 2014 gekrompen. Dat wil niet zeggen dat er alleen mensen de sector uitstromen, wel dat de uitstroom groter is dan de instroom. Figuur 3.1 laat zien dat de in- en uitstroom fluctueren per kwartaal. Alleen in de eerste kwartalen van de afgelopen twee jaar is er iets meer instroom dan uitstroom geweest. In alle andere kwartalen was de uitstroom groter dan de instroom.

Figuur 3.1: Instroom in en uitstroom uit de sector Zorg en WJK per kwartaal, kwartaal 1 2013 – kwartaal 4 2014*



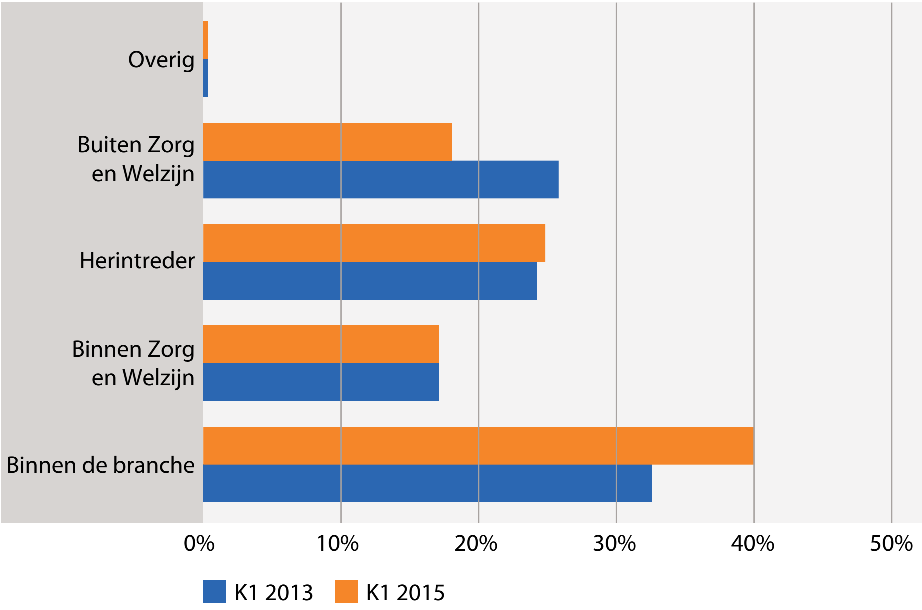
Bron: maatwerk PFZW' bewerking Kiwa Carity

* Gegevens over in- en uitstroom uit de umc's zijn niet beschikbaar

3.2.2 Mobiliteit binnen en buiten de sector

Onder de totale in- en uitstroom uit de sector gaat mobiliteit schuil: mensen wisselen van baan binnen branches, vinden een baan in een andere branche, stromen de sector in van buiten de sector et cetera. Figuur 3.2 geeft aan waar de werknemers vandaan komen die aan een nieuwe baan beginnen in de sector Zorg en WJK, zowel in het eerste kwartaal van 2013 als in het eerste kwartaal van 2015. Hierin is een verschuiving zichtbaar: de mensen die in het eerste kwartaal van 2015 aan een nieuwe baan beginnen, komen vaker uit de eigen branche en minder vaak van buiten de sector. Een verklaring hiervoor is de afname van de werkgelegenheid: er is daardoor meer arbeidsaanbod vanuit de eigen branche.

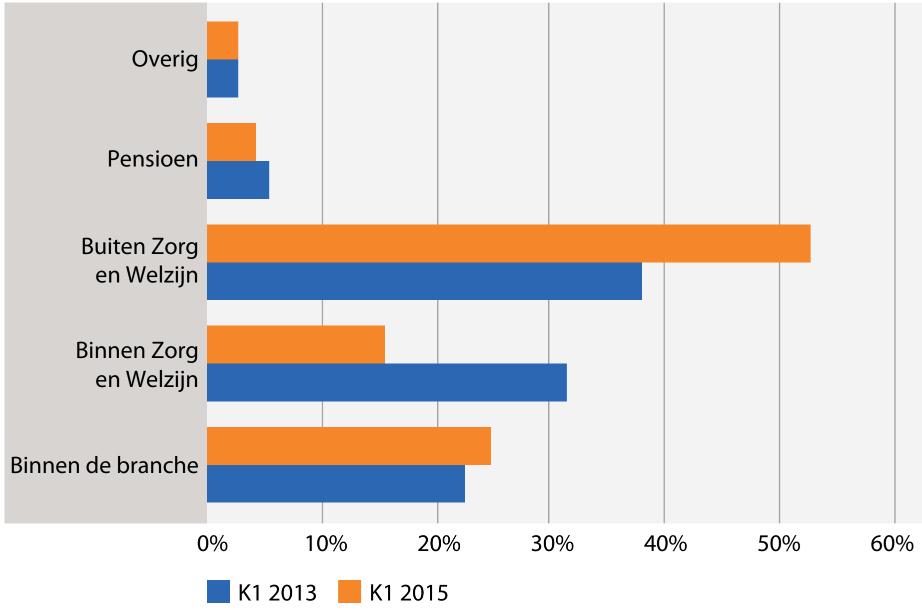
Figuur 3.2: Herkomst van de werknemers die een baan in Zorg en WJK instromen, eerste kwartaal 2013 en eerste kwartaal 2015*



Bron: maatwerk PFZW' bewerking Kiwa Carity

* Gegevens over in- en uitstroom uit de umc's zijn niet beschikbaar

Figuur 3.3: Bestemming van de werknemers die de sector Zorg en WJK uitstromen, eerste kwartaal 2013 en eerste kwartaal 2015



Bron: maatwerk PFZW' bewerking Kiwa Carity

* Gegevens over in- en uitstroom uit de umc's zijn niet beschikbaar

De totale uitstroom uit de sector is de afgelopen twee jaar toegenomen. Dat is terug te zien in de bestemming van mensen die een baan in de sector Zorg en WJK verlaten (figuur 3.3): in het eerste kwartaal van 2015 stroomden mensen vaker de sector uit en minder vaak naar een andere branche binnen Zorg en Welzijn dan in het eerste kwartaal van 2013. De uitstroom naar pensioen is verhoudingsgewijs afgenomen. Dat heeft eerder te maken met een toename van de uitstroom naar andere bestemmingen dan met een afname van de absolute uitstroom naar pensioen. In paragraaf 3.2.3 gaan we daar verder op in.

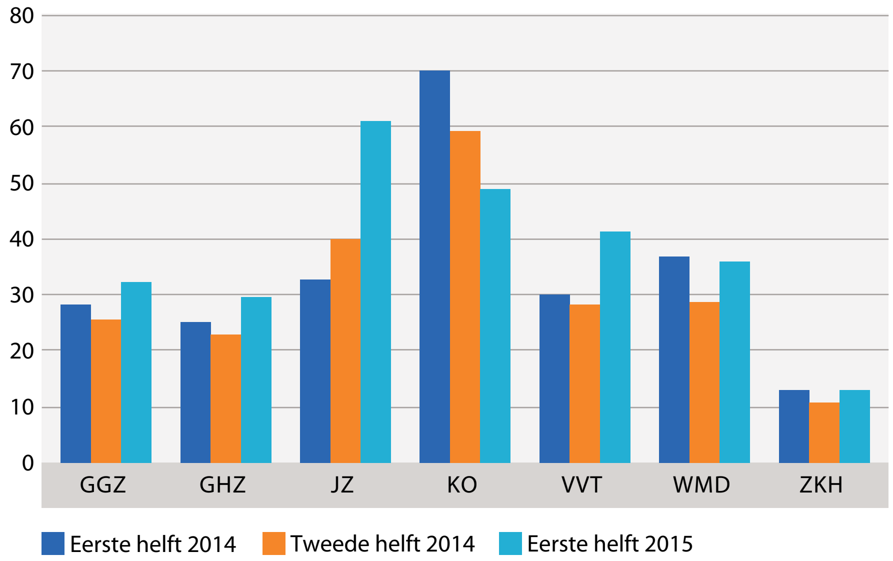
Instroom in de WW

Dat mensen de sector uitstromen kan betekenen dat zij in een andere sector werk hebben gevonden, maar ook dat zij de WW in zijn gestroomd. Dat laatste is voor een deel van deze mensen inderdaad het geval. Het aantal lopende WW-uitkeringen van mensen die voor hun werkloosheid in Zorg en Welzijn werkten, is in de periode januari 2014-juni 2015 toegenomen met ruim 13% (Kiwa Carity en CAOP, 2015a).

De instroom in de WW verschilt per branche. In figuur 3.4 is die instroom gerelateerd aan de omvang van de werkgelegenheid per branche (data ziekenhuizen betreffen zowel de algemene, categorale als academische ziekenhuizen). Voor het eerste en tweede halfjaar van 2014 en het eerste halfjaar van 2105 is de instroom in de WW per duizend werknemers weer-

gegeven. Te zien is dat de instroom in de WW relatief het hoogst is bij de kinderopvang en de jeugdzorg. In het eerste halfjaar van 2014 stroomden in de kinderopvang per duizend werknemers zeventig mensen de WW in. In de eerste helft van 2015 is dat afgenomen naar bijna vijftig. In die branche is de werkgelegenheid fors gedaald, als gevolg van bezuinigen en daarmee gepaard gaande vraaguitval. Bij de jeugdzorg stijgt de instroom in de WW van ruim dertig per duizend werknemers in de eerste helft van 2014 naar ruim zestig in de eerste helft van 2015.

Figuur 3.4: Instroom in de WW per 1.000 werknemers, eerste en tweede halfjaar van 2014 en eerste halfjaar van 2015

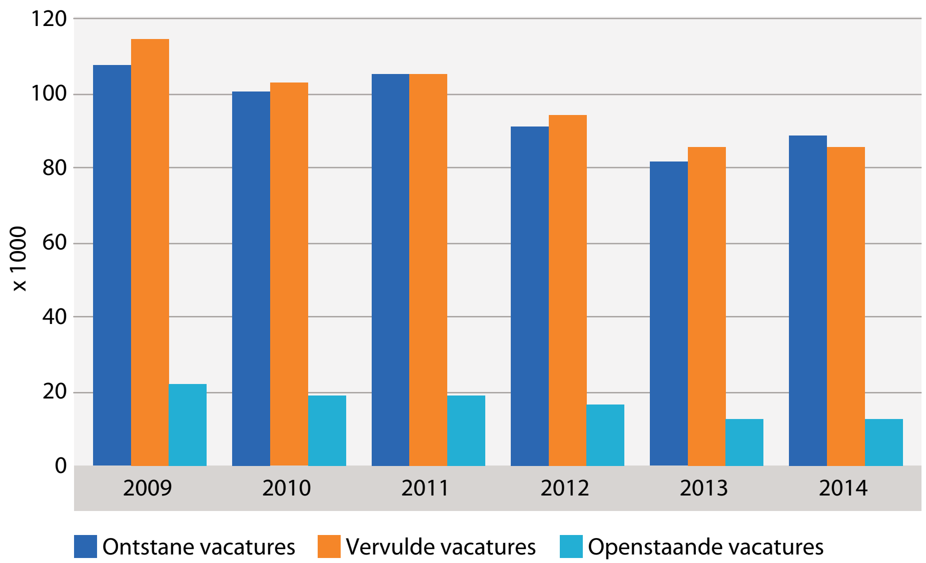


Bron: Kiwa Carity en CAOP, 2015c.
Bewerking Kiwa Carity.

Vacatures

Een deel van de mensen die een baan in Zorg en WJK verlaat, gaat binnen Zorg en WJK weer aan de slag. Vanwege de afnemende werkgelegenheid is vanaf 2012 een daling te zien in het aantal ontstane, vervulde en openstaande vacatures (zie figuur 3.5). De lichte stijging van het aantal ontstane vacatures in 2014 kan verschillende oorzaken hebben. Te midden van de transities en bezuinigingen (en daarmee samenhangende reorganisaties) worden wellicht vaker tijdelijke contracten afgesloten, waardoor er ook sneller weer vacatures ontstaan. Het kan ook te maken hebben met een verschuiving in de gevraagde competenties of beroepen, waardoor er een overschot aan de ene kant en een tekort (en daarmee vacatures) aan de andere kant ontstaat. Binnen de zorgbranche ontstonden in 2014 in de ziekenhuizen de meeste vacatures (29% van het totaalaantal vacatures, dit zijn vacatures in zowel algemene en categorale ziekenhuizen als umc's), gevolgd door de VVT (21%). Dit zijn ook de twee branches met de meeste werknemers, wat deels verklaart waarom daar de meeste vacatures te zien zijn. Als we kijken naar het aantal vacatures per duizend werknemers zijn de meeste vacatures nog steeds te vinden in de ziekenhuizen (77 vacatures per duizend werknemers). De ziekenhuizen worden dan op de voet gevolgd door de GGZ (75 vacatures per duizend werknemers).

Figuur 3.5: Aantal ontstane, vervulde en openstaande vacatures in Zorg en WJK (x 1.000), 2009-2014



Bron: UWV, 2015a

Sectorbeschrijving zorg
Zoals eerder aangegeven verschillen de ontwikkelingen in de werkgelegenheid per arbeidsmarktregio. Ook in het aantal vacatures in de zorg in de afgelopen jaren zijn verschillen te zien tussen de regio's. Het UWV beschrijft in de Sectorbeschrijving zorg de spanning op de arbeidsmarkt voor (para)medische beroepen. Hiermee wordt de verhouding van het aantal kortdurend werkzoekenden bedoeld ten opzichte van het aantal openstaande vacatures. In 2015 is alleen in Friesland sprake van een zeer ruime arbeidsmarkt voor (para)medische beroepen. Er zijn negentien regio's met een ruime arbeidsmarkt en elf regio's waar sprake is van een gemiddelde spanning op deze arbeidsmarkt. Tot slot zijn er vier regio's met een krappe arbeidsmarkt voor (para)medische beroepen (Midden-Gelderland, Midden-Utrecht, Haaglanden en Noordoost-Brabant). Het UWV beschrijft ook de spanning op de arbeidsmarkt voor de verzorgende beroepen. Deze is ruim in vier regio's (Amersfoort, Gooi en Vechtstreek, Midden-Utrecht en Zuid-Kennemerland en IJmond) en zeer ruim in alle andere regio's (UWV, 2015a).

Vertrekgeneigdheid
Te midden van de afnemende werkgelegenheid is de vertrekgeneigdheid van werknemers in Zorg en WJK toegenomen. De vertrekgeneigdheid geeft aan welk aandeel van de werknemers in een branche op zoek is naar een andere baan. In de periode 2009-2015 is dit aandeel gestegen van 11,8% naar 15,3% (degenen die de vraag hebben beantwoord met 'weet niet/wil niet zeggen' zijn hier buiten beschouwing gelaten). 11,3% is vrijwillig op zoek naar een andere baan, 4% geeft aan dat dit niet vrijwillig is. Het aandeel werknemers dat op zoek is naar een andere baan verschilt fors tussen verschillende groepen medewerkers: 12,6% van de medewerkers met een vast contract zoekt een andere baan, bij medewerkers met een tijdelijk contract is dat 31,4% en bij oproep- en invalkrachten 31,3%.

Als we kijken naar de belangrijkste vertrekreden, blijkt dat in zowel 2009 als 2015 te zijn dat men op zoek is naar een nieuwe uitdaging. Het aandeel respondenten dat dat als belangrijkste reden opgeeft, is echter gedaald: van 37% in 2009 naar 21,3% in 2015. Na het toe zijn aan een nieuwe uitdaging, is in 2015 de belangrijkste vertrekreden het aflopen van een tijdelijk contract (10%), gevolgd door een (dreigende) reorganisatie bij de werkgever (7,6%).

3.2.3 Gevolgen van in- en uitstroom voor de leeftijdsopbouw in de sector

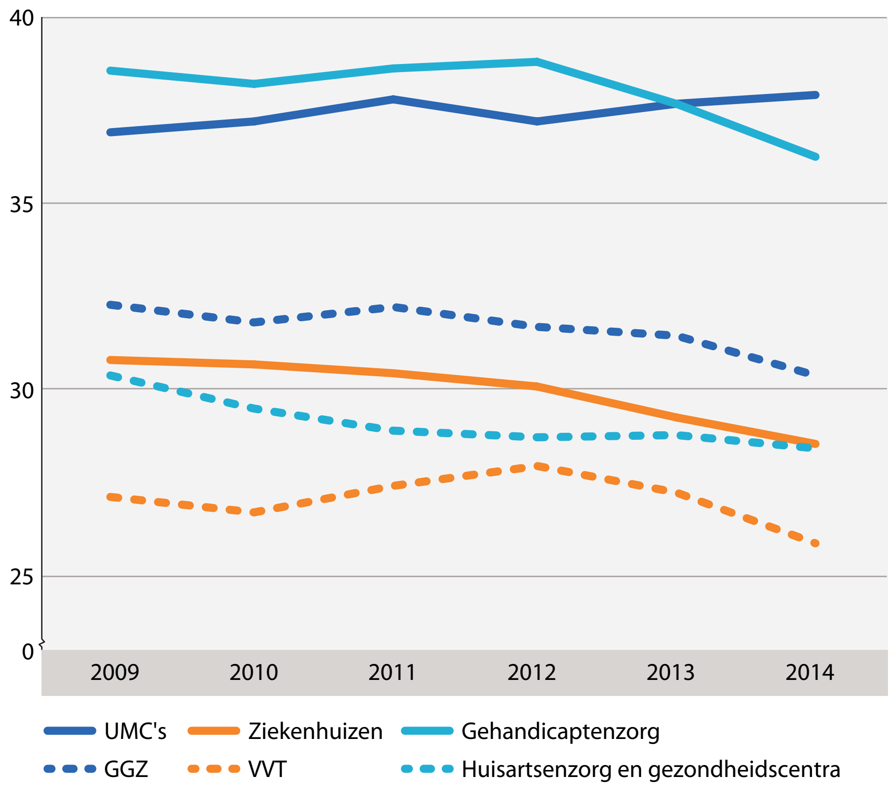
Aandeel jongeren
Ten opzichte van twee jaar geleden is de uitstroom uit de sector Zorg en WJK toegenomen en de instroom afgenomen. De vraag is of en zo ja, welk effect één en ander heeft op de leeftijdsopbouw binnen de verschillende branches.

Uit gegevens over in- en uitstroom blijkt dat jongeren (de groep werknemers tot en met 34 jaar) oververtegenwoordigd zijn in zowel de instroom in als de uitstroom uit een branche. Dat heeft onder andere te maken met factoren als de instroom van schoolverlaters, jongeren die vaker een tijdelijk contract hebben dan ouderen en daarmee ook sneller weer een organisatie verlaten et cetera. Ook in de afgelopen jaren bleven jongeren oververtegenwoordigd in zowel de in- als de uitstroom: er is geen duidelijke stijging of daling van hun aandeel te zien in de in- of uitstroom. Wel is bij verschillende branches te zien dat het aandeel jongere werknemers daalt. Dat heeft ermee te maken dat de uitstroom van werknemers in die branches in de afgelopen jaren groter is geweest dan de instroom. Afhankelijk van het aandeel jongeren in de in- en uitstroom en de verhouding van de totale uitstroom ten opzichte van de totale instroom, is voor een aantal branches het netto-effect dat er meer jongeren uit- dan instromen en hun aandeel in het totaalaantal werknemers daalt.

Dit is terug te zien in figuur 3.6 en figuur 3.7. Gezien de vergrijzing daalt het aandeel jongeren in Zorg en Welzijn al langer. Een versterking van die trend in de afgelopen jaren duidt erop dat voor jongeren de effecten van het werkgelegenheidsverlies groter zijn dan voor ouderen. Dat is te verklaren doordat een (groot) deel van het verlies aan banen wordt opgevangen door het niet verlengen van tijdelijke contracten. Jongeren hebben relatief vaak zo'n tijdelijk contract.

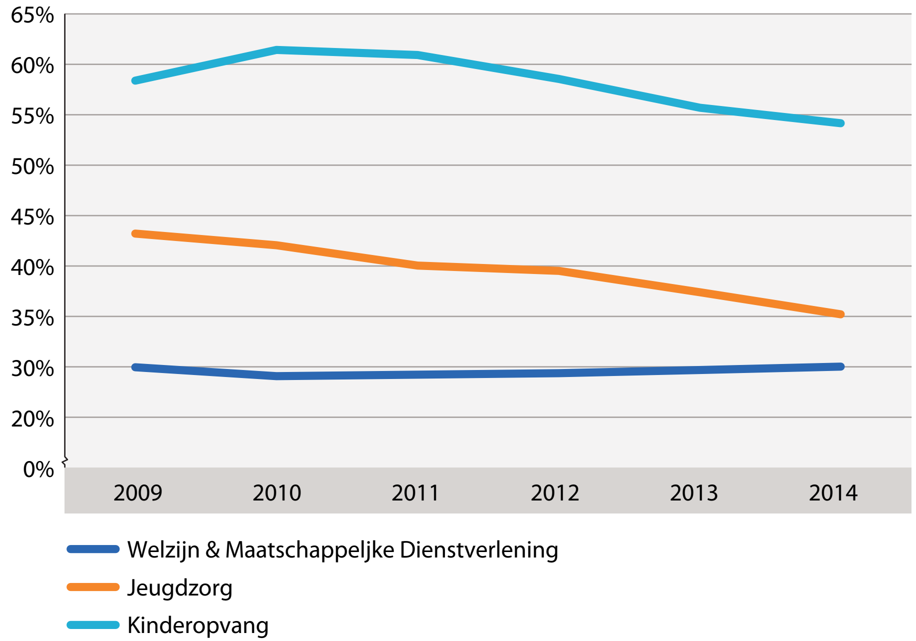
In figuur 3.6 en figuur 3.7 is te zien dat in verschillende branches een dergelijke trendbreuk zichtbaar is. In de jeugdzorg daalt het aandeel werknemers jonger dan 35 jaar fors, maar er is in de periode 2009-2014 geen trendbreuk te zien. Bij de kinderopvang (vanaf 2011) en de gehandicaptenzorg en de VVT (vanaf 2012) is wel een trendbreuk te zien. Bij de GGZ en de ziekenhuizen daalt het aandeel werknemers onder de 35 ook sterker in de laatste twee jaar, hoewel de trendbreuk daar minder duidelijk te zien is. Bij de huisartsenzorg en gezondheidscentra is de daling in de jaren 2012-2014 juist afgevlakt, terwijl bij de umc's en in de branche welzijn en maatschappelijke dienstverlening juist sprake is van een lichte stijging van het aandeel werknemers onder de 35.

Figuur 3.6: Aandeel werknemers jonger dan 35 van totaalaantal werknemers in een zorgbranche, 2009-2014



Bron: maatwerk PFZW

Figuur 3.7: Aandeel werknemers jonger dan 35 van totaalaantal werknemers in WJK per branche, 2009-2014



Bron: Onderzoeksprogramma AZW

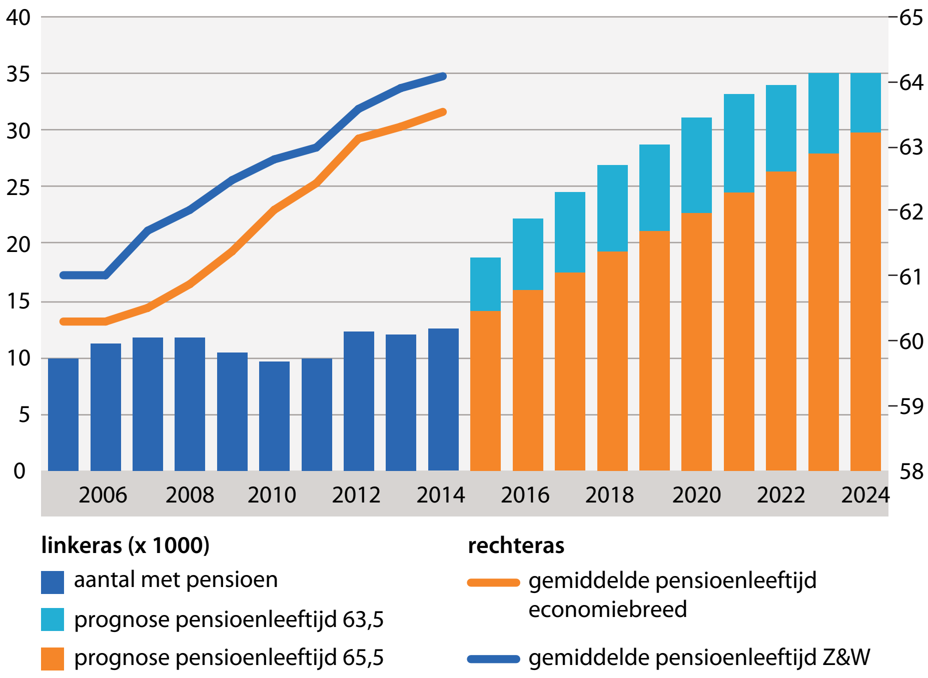
Uitstroom vanwege pensionering

Het aandeel mensen dat uitstroomt vanwege pensioen is afgenomen in de afgelopen twee jaar. Dit wordt echter niet veroorzaakt door een daling van het absolute aantal mensen dat uitstroomt vanwege pensionering, maar vanwege een toename van het aantal mensen dat vanwege andere redenen de sector uitstroomt.

In de afgelopen jaren is de gemiddelde pensioenleeftijd in de sector Zorg en WJK sterk toegenomen (zie figuur 3.8). In 2007 lag deze op nog geen 61 jaar; in 2014 bedraagt deze ruim 63,5 jaar. De sector loopt daarmee iets achter op het gedrag dat economiebreed voorkomt. Het aantal pensioengangers uit de sector schommelt al sinds 2005 tussen de 10.000 en 12.000 personen per jaar. De afgelopen jaren hebben zich dus gekenmerkt door een min of meer stabiel aantal pensioengangers, als gevolg van de combinatie van een stijgende gemiddelde pensioenleeftijd en grotere cohorten ouderen.

De gemiddelde pensioenleeftijd in de sector Zorg en Welzijn zal de komende jaren vermoedelijk steeds dichter bij de opschuivende pensioengerechtigde leeftijd komen te liggen. Desondanks zal zich wel een aanzienlijke toename van het aantal pensioengangers gaan voordoen. Deze toename wordt veroorzaakt door de leeftijdsopbouw van personeel in de sector. Wanneer in de periode 2015-2024 de gemiddelde leeftijd waarop men met pensioen gaat nog twee jaar toeneemt, kunnen we een indicatie geven hoeveel mensen dan gaan vertrekken en om welk percentage van het huidige personeelsbestand dat dan gaat[2]. In de figuur is te zien dat het aantal vertrekkers de komende jaren hoe dan ook fors gaat oplopen.

Figuur 3.8: De gemiddelde pensioenleeftijd in de sector Zorg en Welzijn en economiebreed, in jaren (linkeras) en het aantal pensioengangers in Zorg en Welzijn (rechteras) met indicatie voor de komende jaren



Bron: CBS Statline (10 september 2015). Prognose Kiwa Carity

[2] Het betreft een ruwe raming, waarbij de samenstelling naar leeftijd van het personeelsbestand in 2014 als uitgangspunt gediend heeft. Er is geen rekening gehouden met mogelijke groei of krimp van het personeelsbestand vanaf 2014 en de gevolgen voor de samenstelling. Als de gemiddelde leeftijd in tien jaar nog twee jaar stijgt, vertrekken er in die periode acht in plaats van tien éénjarige leeftijdscohorten.

Tabel 3.2 laat zien dat bij een stijging van de pensioenleeftijd met twee jaar, in de periode 2015-2025 16% van het personeelsbestand in de sector Zorg en Welzijn met pensioen gaat. Bij een gelijkblijvende gemiddelde pensioenleeftijd zou het om 22% gaan. Tussen de branches doen zich wel verschillen voor. Zo gaat in de branche kinderopvang dan 8% met pensioen tegen 20% in de VVT-branche. De meeste branches laten een percentage tussen de 14 en 20% zien. De kinderopvang vormt daar een uitzondering op.

Tabel 3.2: Raming van het percentage van het personeelsbestand in Zorg en Welzijn dat tussen 2015 en 2025 met pensioen gaat

	% pensioengangers als pensioenleeftijd stijgt naar 66 jaar	% pensioengangers als pensioenleeftijd gelijk blijft (64 jaar)
Umc	16	20
Ziekenhuizen	17	23
GGZ	19	25
Verpleeg- en verzorgingshuizen	20	26
Gehandicaptenzorg	15	20
Thuiszorg	20	26
Overige zorg	15	20
Huisartsen en gezondheidscentra	15	20
WMD	19	25
Jeugdzorg	14	18
Kinderopvang	8	10
Totaal	**16**	**22**

Ook al is het percentage pensioengangers in een branche de komende jaren laag, afhankelijk van de opbouw naar leeftijd kan er toch sprake zijn van een toename van het aantal pensioengangers in 2025 ten opzichte van 2015[3].

[3] Hierbij is het cohort 62-jarige werknemers uit 2012 vergeleken met het cohort 54-jarigen in dat jaar. Deze 54-jarigen in 2012 zijn in 1958 geboren. De cohorten geboren in 1961, 1962 en 1963 zijn de omvangrijkste in de sector. Daarna nemen de aantallen geleidelijk af.

Tabel 3.3 laat zien dat de jeugdzorg en gehandicaptenzorg in 2025 ruim 2,5 maal zo veel pensioengangers zullen kennen als in 2015. Enkele al eerder vergrijsde branches (GGZ, umc's) laten een minder snelle stijging van het aantal pensioengangers zien.
Sectorbreed is er sprake van een ruime verdubbeling. Zijn er nu jaarlijks zo'n 12.000 pensioengangers, de komende jaren gaat dat oplopen naar 30.000 tot 35.000 per jaar. Deze stijging van het aantal pensioengangers per jaar moet wel binnen een breder perspectief worden gezien van een totale in- en uitstroom binnen de zorgsector, die op dit moment zo rond de 200.000 personen per jaar bedraagt (zie ook figuur 3.1.). Omdat de uitstroom via pensionering een beperkt deel van de totale vervangingsvraag betreft (in 2014 ongeveer 15%), zal een verdubbeling van het aantal pensioengangers tot een relatief gezien beperktere stijging van de totale vervangingsvraag leiden.

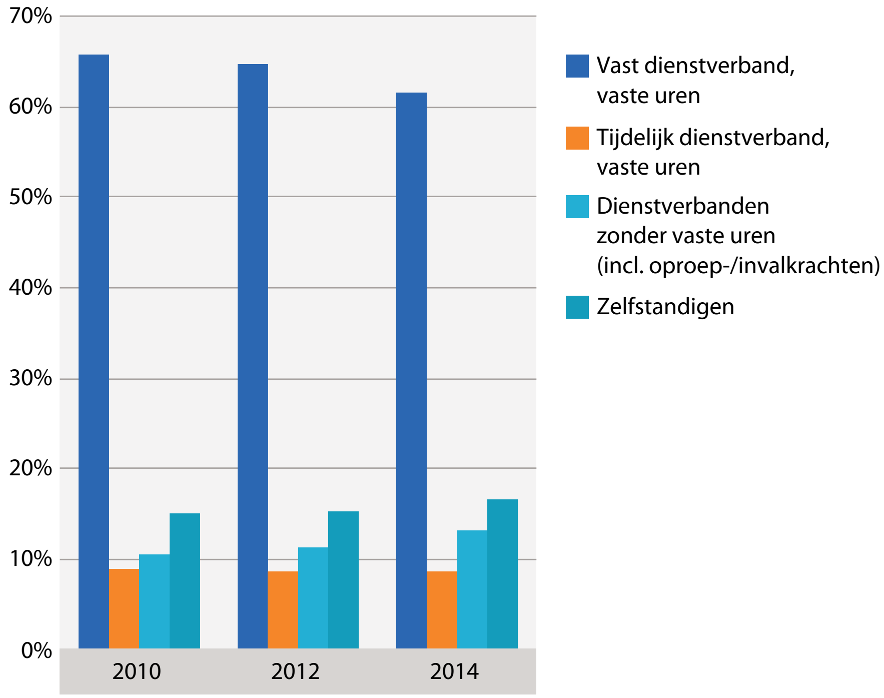
Tabel 3.3: Toename pensioengangers per branche: 2025 t.o.v. 2015

	Toename 2025 t.o.v. 2015 (%)
Umc's	1,8
Ziekenhuizen	2,4
GGZ	1,9
Verpleeg- en verzorgingshuizen	2,2
Gehandicaptenzorg	2,7
Thuiszorg	2,2
Overige zorg	2,4
Huisartsen en gezondheidscentra	2,9
WMD	1,7
Jeugdzorg	2,4
Kinderopvang	3,3
Totaal	**2,3**

3.3 Flexibilisering

Een groot deel van de mensen die werkzaam zijn in Zorg en WJK heeft een vast contract met vaste uren: in 2014 was dat bijna 66%. Bijna 9% had een tijdelijk contract met vaste uren, terwijl ruim 10% een contract had zonder vaste uren (dit zijn zowel vaste als tijdelijke contracten en is inclusief de oproep- of invalkrachten). Ruim 15% was werkzaam als zelfstandige.
De (relatieve) omvang van de flexibele schil is in de periode 2010-2014 toegenomen: het aandeel mensen met een vast contract met vaste uren is afgenomen (van 65,8% naar 61,5%), terwijl het aandeel mensen met een contract zonder vaste uren en het aandeel zelfstandigen is toegenomen (respectievelijk van 10,4% naar 13,2% en van 15,1% naar 16,7%). Ruim een derde van de werkgevers geeft dan ook aan dat uitbreiding van de flexibele schil een van de maatregelen is die zij nemen in reactie op de hervormingen en bezuinigingen (CAOP, 2015a).

Figuur 3.8: Aandeel per soort dienstverband in Zorg en Welzijn, 2010-2012-2014



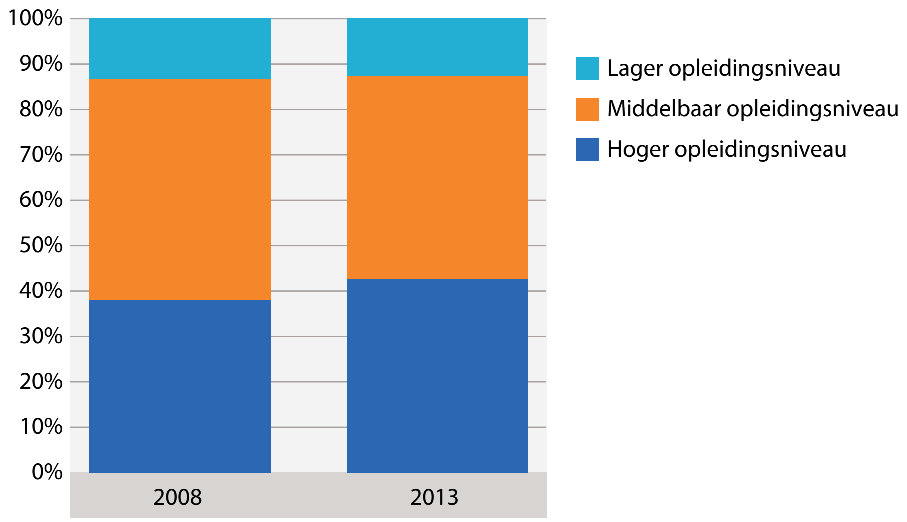
Bron: EBB van CBS; bewerking Kiwa Carity

In de branches huisartsen en gezondheidscentra, GGZ en kinderopvang werken de meeste zzp'ers (15 tot 31% in 2014), terwijl in de VVT en de kinderopvang het aandeel mensen met een contract zonder vaste uren het hoogst is (circa 13%).

3.4 Samenstelling naar opleidingsniveau

De sector Zorg en Welzijn kent een relatief hoog opleidingsniveau: in 2013 had ruim 42% van de werknemers een opleiding op hbo- of wetenschappelijk niveau. De verschillende hervormingen, transities en sociaal-culturele ontwikkelingen leiden tot minder vraag naar werknemers met een lager opleidingsniveau en meer vraag naar werknemers met een hoger opleidingsniveau. In figuur 3.9 is te zien dat deze verschuiving naar hoger opgeleid personeel in Zorg en WJK al enige jaren aan de gang is: in 2013 had 42,2% van de werknemers een hbo- of wetenschappelijke opleiding, in 2008 was dat 37,7%. Daartegenover staat een daling van het aandeel werknemers met een mbo-opleiding op niveau 2, 3 of 4: van 49% in 2008 naar 44,8% in 2013.

Figuur 3.9: Opleidingsniveau in de sector Zorg en Welzijn, 2008 en 2013



Bron: CBS Statline (14 september 2015)

3.5 Instroom in de opleidingen

De sector Zorg en WJK is een van de grootste sectoren wat betreft werkgelegenheid. Het aandeel van de zorg- en welzijnsopleidingen in het totaal van de opleidingen is dan ook aanzienlijk.

Tabel 3.4 geeft de instroom in de zorg- en welzijnsopleidingen weer in de periode 2010-2014. Over de hele linie is een daling van de instroom te zien. Deze daling is het sterkst bij de opleiding tot zorghulp (mbo niveau 1). De instroom is hier meer dan gehalveerd. Ook bij de opleiding tot helpende (mbo-niveau 2) en de sociaal agogische opleidingen op niveau 3 en 4 is de daling fors (tussen de 25% en de 40%). Het aandeel van de zorg- en agogische opleidingen (in de totale instroom in de betreffende opleidingsrichting en het opleidingsniveau) neemt in de periode 2010-2014 over het algemeen ook af. Een uitzondering hierop wordt gevormd door de opleiding tot verzorgende en de opleiding tot mbo-verpleegkundige (respectievelijk mbo-niveau 3 en niveau 4).

In zijn totaliteit neemt de instroom in de opleidingen dus af. Tegelijkertijd neemt de uitstroom uit het werk vanwege pensioen toe. Op termijn gaat dat tot discrepanties in vraag naar en aanbod van arbeid leiden.
In hoofdstuk 4 gaan we hier verder op in.

*Tabel 3.4: Instroom in de zorg- en agogische opleidingen en aandeel in de totale instroom**

	2010	2011	2012	2013	2014	Aandeel in totaal, 2010	Aandeel in totaal, 2014
mbo zorg niveau 1	1.161	1.240	1.173	1.049	475	0,4%	0,2%
mbo zorg niveau 2	11.147	10.340	11.021	10.032	7.969	4,1%	3,2%
mbo zorg niveau 3	10.180	10.249	12.740	12.358	10.314	3,8%	4,2%
mbo zorg niveau 4	7.402	7.516	7.878	8.442	8.054	2,7%	3,3%
mbo agogisch niveau 3	12.239	12.526	10.240	8.466	7.465	4,5%	3,0%
mbo agogisch niveau 4	16.279	14.941	13.680	12.616	12.419	6,0%	5,0%
hbo zorg	3.635	3.847	4.081	5.236	4.147	3,7%	4,3%
hbo paramedisch	5.197	5.259	5.263	5.386	4.951	5,3%	5,1%
hbo agogisch	12.839	12.484	12.086	12.540	11.883	13,0%	12,2%
wo geneeskunde	1.913	1.913	1.913	1.913	1.913	3,7%	3,5%
wo agogisch**	5.393	5.354	4.927	5.016	4.736	10,5%	8,7%

* Het betreft hier hoofdinschrijvingen van personen die zich voor het eerst inschrijven voor een mbo- of hbo-opleiding. De instroom in de kerndelen maatschappelijke zorg en pedagogisch werk is naar rato van de uitstroom uit deze opleidingen verdeeld over niveau 3 en niveau 4.
** Algemene sociale wetenschappen, pedagogische wetenschappen, psychologie
Bron: DUO (14 september 2015). Bewerking Kiwa Carity.

Kans op stage

Bij de mbo- en hbo-opleidingen zijn stages een belangrijk onderdeel van de opleiding. Nu de sector te maken heeft met transities en bezuinigingen, ontstaat er bij verschillende opleidingen een tekort aan stageplaatsen (Kiwa Carity en CAOP, 2015c). Organisaties kunnen, mede als gevolg van de bezuinigen en transities, niet de begeleiding bieden die stagiaires nodig hebben. Daarnaast is er meer aandacht voor de scholing van het zittende personeel, wat soms ten koste gaat van de opleiding van nieuwe medewerkers. Dit tekort aan stageplaatsen speelt vooral bij de mbo-opleidingen. De kans op stage is matig bij de opleidingen tot helpende, verzorgende, mbo-verpleegkundige, doktersassistent, sociaal maatschappelijk dienstverlener, pedagogisch medewerker jeugdzorg en persoonlijk begeleider specifieke doelgroepen. Alleen voor de pedagogisch medewerker kinderopvang is de stagekans goed, bij de andere opleidingen is deze kans voldoende (SBB, 14 september 2015).

Bij de hbo-opleidingen speelt de stageproblematiek met name bij de opleiding tot verpleegkundige, wat deels ook te maken heeft met een groei in de vraag naar stageplaatsen door een groei in het aantal deelnemers aan de opleidingen (Nursing, 2013; Beantwoording Kamervragen, 8 april 2014). Het tekort aan kwalitatief goede stageplaatsen was een van de redenen om een numerus fixus in te stellen voor deze opleiding.

3.6 Kwaliteit van de arbeid

Arbeidsomstandigheden

Twee derde van de medewerkers in de sector Zorg en WJK vindt dat zij werk met veel verantwoordelijkheid hebben (Panteia, 2014). Ongeveer een derde van het personeel ervaart het werk als geestelijk zwaar, en ongeveer een kwart als emotioneel of lichamelijk zwaar. In de GGZ en

jeugdzorg is de geestelijke en emotionele belasting naar verhouding iets hoger dan in de andere branches. De lichamelijke belasting is het hoogst in de VVT.

De werkdruk is een terugkerend issue in de sector Zorg en WJK. De werkdruk is volgens 80% van het personeel toegenomen en wordt door 43% van het personeel als (veel) te hoog ervaren (CAOP, 2015b). Ook werkgevers signaleren dat de werkdruk toeneemt. Iets minder dan de helft van de werkgevers zegt in 2014 problemen te hebben gehad met de werkdruk (CAOP, 2014). In 2015 ligt dat percentage waarschijnlijk nog hoger, want ruim 75% van de werkgevers geeft in 2015 aan dat de werkdruk is toegenomen(CAOP, 2015a). Eveneens 75% verwacht dat de werkdruk het komende jaar zal toenemen, in de zorg is dat zelfs 85%. Ruim de helft van de werkgevers geeft aan dat de hoge werkdruk het gevolg is van de (verwachte) veranderingen van het kabinetsbeleid.

Zorgtaken thuis

Werknemers, veelal vrouwen, combineren hun werk vaak met zorgtaken thuis. Ruim 50% van de werknemers heeft thuiswonende kinderen (CAOP, 2015b). Driekwart van de werknemers ervaart daarbij geen problemen. Opvallend is dat mannen vaker problemen ervaren bij het combineren van werk en zorgtaken thuis dan vrouwen (Panteia, 2013). Een kwart van het personeel verleent mantelzorg, gemiddeld 6,5 uur per week. Ruim een derde van hen ervaart knelpunten bij het combineren van deze zorg met het werk; bijna 30% vindt dat zij daarin door de werkgever onvoldoende worden gefaciliteerd. Tot slot is bijna de helft van alle werknemers van mening dat hun werkgever onvoldoende maatregelen neemt ten aanzien van de balans werk-privé (CAOP, 2015b).

Agressie en geweld

Werknemers in de Zorg en WJK hebben te maken met agressie en geweld. 15% van de werknemers heeft in het afgelopen jaar te maken gehad met verbale agressie en 6% met fysieke agressie (CAOP, 2015b), tegenover 13% werknemers die te maken had met verbale agressie en 7% die te maken had met fysieke agressie in 2011 en 2013 (Panteia 2011, 2013). Onder de werkgevers geeft ruim de helft aan dat het personeel te maken heeft met agressie en geweld (CAOP, 2014). We zien hier substantiële verschillen tussen branches. In de GGZ, gehandicaptenzorg en jeugdzorg komt agressie relatief vaak voor, wat vooral te maken heeft met de cliëntenpopulatie. In ziekenhuizen, umc's en kinderopvang komt agressie minder voor. Volgens 40% van de werknemers is in de afgelopen jaren meer sprake van intimidatie, agressie en geweld (CAOP, 2015b). Werknemers in de ziekenhuizen, de GGZ, de huisartsenzorg en de jeugdzorg geven het vaakst aan dat er sprake is van een toename van agressie. Dat agressie toeneemt is mogelijk een gevolg van het feit dat lichtere groepen steeds meer buiten de instellingen worden behandeld en zwaardere groepen in de instellingen blijven. Naarmate agressie en geweld vaker voorkomen, wordt ook vaker actie op dit vlak ondernomen.

Betrokkenheid bij en tevredenheid met het werk

Medio 2015 geeft ruim 70% van de werknemers aan (zeer) tevreden te zijn met hun werk, in 2013 en 2011 was dat respectievelijk 78% en 77% (Panteia 2011, Panteia 2013). Ruim de helft (55%) is (zeer) tevreden met de organisatie waar ze werkt, in 2013 en 2011 was dat 68% en 67% (Panteia 2011, Panteia 2013). Twee derde van de werknemers noemt zichzelf loyaal naar de organisatie waar zij voor werken en bijna driekwart is bereid extra inspanningen te leveren als dit bijdraagt aan het succes van de organisatie.

Verzuim

Het verzuim daalde enige jaren in de sector Zorg en WJK, maar in 2014 is het verzuim net als in 2013 4,8% (tabel 3.5). In de VVT is het verzuim relatief hoog. In de huisartsenzorg en ziekenhuizen is het verzuim relatief laag, maar in deze twee branches is het verzuim in 2014 wel weer gestegen.
In 2015 is ook in andere branches een stijging van het ziekteverzuim zichtbaar.

Het verzuimpercentage ligt gemiddeld hoger bij instellingen met meer dan honderd werknemers dan bij instellingen met minder dan honderd werknemers. Bovendien neemt het verzuim toe met een hogere leeftijd van de werknemer. Naarmate de leeftijd toeneemt, stijgt met name de verzuimduur, de meldingsfrequentie blijft gelijk.

Tabel 3.5: Ontwikkeling ziekteverzuim exclusief zwangerschapsverlof, 2010-2014

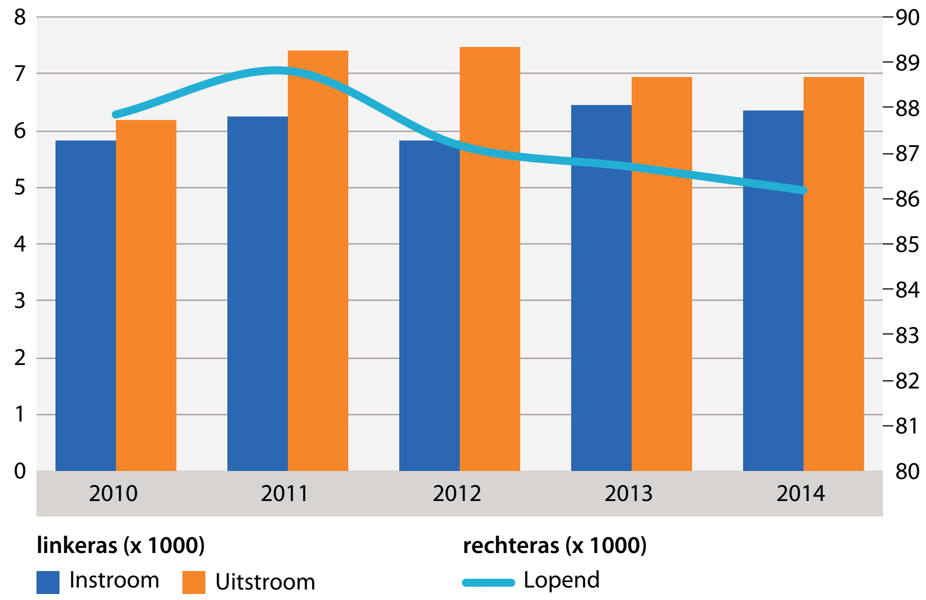
Branche/sector	2010	2011	2012	2013	2014
Ziekenhuizen	4,5	4,5	4,3	4,1	4,2
Geestelijke gezondheidszorg	5,0	5,1	4,9	4,9	4,8
VVT	6,0	6,0	5,8	5,6	5,6
Gehandicaptenzorg	5,7	5,7	5,4	5,1	5,0
Huisartsenzorg		3,6	3,6	3,2	3,5
WMD	5,8	5,9	5,6	5,0	4,9
Jeugdzorg	5,4	5,3	5,3	5,3	5,3
Kinderopvang	5,2	5,4	4,7	5,1	5,1
Totaal Zorg & WJK	5,2	5,2	5,0	4,8	4,8
Totaal Nederland	4,2	4,2	4,0	3,9	3,8

Bronnen: CBS Statline, Vernet (2013, 2014), MaetisArdyn, FCB 2012, 2015a, 2015b, 2015c

Arbeidsongeschiktheid

Het aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen van medewerkers afkomstig uit de sector Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen, waar de sector Zorg en WJK deel van uitmaakt, is sinds 2011 gedaald van 89.000 naar 86.000. In de periode 2010 tot en met 2014 is in ieder jaar de uitstroom groter dan de instroom. Wel is de kans om arbeidsongeschikt te geraken gestegen. In 2010 was dat 0,44 per honderd verzekerden. In 2014 was dat 0,50 per honderd verzekerden. Voor de gehele economie lag de instroomkans in dat jaar met 0,54 per honderd verzekerden nog iets hoger.

Figuur 3.10: Nieuwe en beëindigde uitkeringen WIA, WAO en WAZ voor de sector Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen



Bron: UWV, 2011, 2012, 2013, 2014

4 Vraag en aanbod op de arbeidsmarkt: vooruitzichten

Er zijn verschillende studies die een verkenning van de toekomstige arbeidsmarkt in de sector Zorg en WJK presenteren. Onderwerp, tijdshorizon en detaillering verschillen sterk. Onderwerpen waar deze studies op ingaan, zijn onder andere kansen op de arbeidsmarkt, vraag-aanbodverhoudingen en gewenste beroepenstructuur en opleidingscapaciteit. De tijdshorizon loopt uiteen van twee tot twintig jaar. Soms betreft het alle beroepen op de arbeidsmarkt van Zorg en WJK, maar meestal grotere of kleinere deelpopulaties of specifieke beroepen. Hieronder gaan we in op een aantal van deze studies en geven we de mogelijke ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in Zorg en Welzijn weer.

De arbeidsmarkt in Nederland

De arbeidsmarkt in de sector Zorg en WJK is onderdeel van de economiebrede arbeidsmarkt. We kijken daarom eerst naar de verwachtingen voor de bredere arbeidsmarkt. In paragraaf 1.2 gaven we al aan dat het CPB op de korte termijn een aantrekkende economie verwacht met een licht dalend werkloosheidspercentage. Over de langere termijn lopen de meningen uiteen. Velen beschouwen de onderkant van de arbeidsmarkt als problematisch (bijvoorbeeld het CPB). In deze visie is het voor weinig en ongeschoolden moeilijk om werk te vinden, terwijl elders vanwege demografische ontwikkelingen schaarste aan personeel gaat ontstaan. Anderen (CPB, 2015b) wijzen erop dat vooral op mbo-niveau de laatste jaren in de meeste Europese landen een krimp in de werkgelegenheid is geweest en dat deze daling zich verder zal voortzetten. Het gaat volgens hen dan vooral om werk dat te automatiseren is, bijvoorbeeld administratief werk. Een vermindering van de werkgelegenheid op mbo-niveau in andere sectoren, zou betekenen dat de sector Zorg en WJK op dat niveau minder concurrentie krijgt.

De arbeidsmarkt in Zorg en Welzijn

Het UWV (2015b) beschrijft in zijn sectorbeschrijving van de Zorg een deel van de sector Zorg en WJK. Het constateert dat er sprake is van een overgang van banenmotor naar krimpsector en verwacht ook tot 2017 een verdere daling van de werkgelegenheid. Vanaf 2017 prognosticeert men een voorzichtig herstel van de banengroei. Hoewel de meeste zorgberoepen gekenmerkt worden door personele overschotten, constateert het UWV dat er bij specifieke beroepen soms sprake is van krapte. Het stelt een upgrading vast door een toename van complexere zorgtaken. Het gevolg is dat de kansen voor hbo'ers en mbo'ers op niveau 4 doorgaans goed zijn. Verzorgenden niveau 3 kennen voldoende kansen en de kansen voor werkenden op mbo-niveau 1 en 2 zijn gering. Voor zij-instromers en werklozen, ouderen en lager opgeleiden zijn de kansen op een baan eveneens veel minder geworden dan een aantal jaren geleden.

Een studie die zich specifiek richt op de beroepenstructuur in de sector Zorg en Welzijn is die van de commissie Kaljouw: Zorgberoepen 2030 (Zorginstituut Nederland, 2015). Deze studie kijkt wat verder vooruit dan de meeste andere studies. Dat is gezien het doel om tot een toekomstbestendige beroepenstructuur te komen ook begrijpelijk. De commissie verwacht dat er een grotere vraag naar generalisten zal ontstaan dan nu het geval is. Volgens Meurs (2015) zullen specialisten zeker ook nodig blijven en gaat het erom de juiste mix tussen generalisten en specialisten te vinden.

Toekomstverkenning arbeidsmarkt verpleegkundig, verzorgend en sociaal-agogisch personeel

In het kader van het AZW-programma is een toekomstverkenning uitgevoerd die gericht is op het verpleegkundig, verzorgend en sociaal agogisch personeel op mbo- en hbo-niveau. De tijdshorizon is 2019. Er is in deze toekomstverkenning met twee scenario's gewerkt: het 'Veel vraag naar personeel'-scenario en het 'Minder vraag naar personeel'-scenario. In het veel-vraagscenario worden de middelen die theoretisch beschikbaar zijn voor de sector Zorg en Welzijn volledig ingezet. In het minder-vraagscenario is dat om een veelheid van redenen minder het geval. Het verwachte gedrag van stakeholders speelt hierbij een rol. Via hun inkoop van zorg- en welzijnsdiensten beïnvloeden zij ook de vraag naar personeel door organisaties in Zorg en WJK. Het verschil tussen het veel-vraagscenario en het minder-vraagscenario in de mutatie van de vraag

naar personeel is grosso modo 1% per jaar. De volgende ontwikkelingen tekenen zich af:

- In het veel-vraagscenario daalt de omvang van de werkgelegenheid en begint deze na 2015 weer licht te stijgen. In het minder-vraagscenario is hetzelfde patroon te zien, maar ligt het moment waarop de vraag weer gaat stijgen pas na 2017. De mutatie van de werkgelegenheid in de sector zorg en WJK als totaal loopt volgens de scenario's uiteen: verwachten we in het veel-vraagscenario over de gehele periode tot en met 2019 een groei van 2,5%, in het minder-vraagscenario is er sprake van 3% krimp.
- Werkgevers verwachten een verschuiving in de vraag van lager naar hoger gekwalificeerd personeel, naast een grotere nadruk op cliënt-gebonden personeel (CAOP, 2015a).
- Op de niveaus 4 en 6 zien we een daling van het aanbod uit de opleidingen na 2016, op niveau 3 na 2017.

De vertaling van deze ontwikkelingen naar vraag en aanbod van personeel leidt over de periode tot 2019 tot een aanbodoverschot van 3.500 personen in het 'Veel vraag naar personeel'-scenario. In het 'Minder vraag naar personeel'-scenario is het aanbodoverschot 40.900 personen. Dit aanbodoverschot betreft voor een groot deel personeelscategorieën op niveau 3.

Aanbodoverschot en -tekort

De top van het aanbodoverschot ligt in 2015, daarna neemt dit geleidelijk af. In het veel-vraagscenario wordt het omslagpunt van overschot naar een tekort in 2017 bereikt, in het minder-vraagscenario in 2018. De omvang van het aanbodoverschot in 2019 verschilt per kwalificatie en opleidingsniveau. Volgens de berekeningen is er in 2019 sprake van het volgende:

- een aanbodtekort bij vrijwel alle personeelscategorieën op niveaus 4 en 6;
- een aanbodtekort bij verzorgenden (niveau 3);
- een aanbodoverschot bij de medewerkers maatschappelijke zorg en pedagogisch werker op niveau 3;
- voor pedagogisch werker niveau 4 slaat een aanzienlijk aanbod-overschot op de korte termijn om in een aanzienlijk tekort op de langere termijn.

Voor de niveaus 1 en 2 is op grond van historische gegevens geen raming te maken. Deze beroepen vormden voor velen een makkelijke (nieuwe) entree tot de arbeidsmarkt. In het verleden betekende dit dat er veel aanbod van personen was dat vervolgens tijdens het werk een opleiding ging volgen. Dit potentiële aanbod zal nu elders een baan zoeken. Inmiddels zijn er ook organisaties in de huishoudelijke zorg actief die niet tot de zorgsector gerekend worden (bijvoorbeeld schoonmaakbedrijven). Daarmee ontbreekt met de thans beschikbare statistische bronnen het zicht op de omvang van de werkgelegenheid op de niveaus 1 en 2. Vanwege de onduidelijkheden aan zowel de vraagkant als de aanbodkant is het niet mogelijk om hier een beeld te schetsen van de toekomst voor deze groepen.

Gevoeligheidsanalyse

Voor de toekomstverkenning is gewerkt met een model met twee scenario's. Op basis van beschikbare gegevens en de mening van experts is het model gevuld. Uit een gevoeligheidsanalyse op de aanbodfactoren komt naar voren dat de duur dat men zich gemiddeld voor functies in de sector aanbiedt, de instroom van buitenaf en het vertrek parameters zijn die impact hebben op de uitkomsten van het model. Enkele voorbeelden van gevoeligheid zijn de volgende. Wanneer de periode dat men een functie blijft zoeken niet gemiddeld één, maar anderhalf jaar bedraagt, wordt het aanbodoverschot in de periode 2015-2019 anderhalf maal zo groot. Mocht de economie aantrekken en daarmee de vraag naar personeel economie breed toenemen en het verloop uit de sector met 10% toenemen, dan betekent dat een halvering van het nu berekende aanbodoverschot.

Medische beroepsgroepen

Voor de medische beroepen is geen recente studie uitgevoerd. In 2016 zal het Capaciteitsorgaan een nieuw advies opstellen over de gewenste opleidingscapaciteit voor medici. Het in 2015 uitgebrachte advies Beroepen Geestelijke Gezondheid beveelt voor Gz-psychologen, psychotherapeuten en klinisch psychologen ten opzichte van het advies uit 2013 een vermindering van de instroom in de opleiding aan. Weliswaar is er bij al deze beroepen momenteel sprake van matige tot hoge vacaturegraad (Kiwa Carity, 2015c), maar omdat men het beroep langer blijft beoefenen en het

studierendement omhooggegaan is, trekt het Capaciteitsorgaan deze conclusie. Het geadviseerde aantal instroomplaatsen ligt hiermee nog steeds hoger dan het huidige aantal gesubsidieerde plaatsen Voor klinisch neuropsychologen en verpleegkundig specialisten-GGZ wordt een gelijkblijvende instroom geadviseerd, omdat deze ontwikkelingen zich ook bij hen voordoen, maar gecompenseerd worden door extra vraag als gevolg van de vergrijzing van de bevolking en positieve verschuivingen naar deze twee beroepen.
Voor Gz-psychologen geldt dat er door het Capaciteitsorgaan nader aandacht gevraagd wordt voor het feit dat het aantal feitelijke opleidingsplaatsen in de afgelopen jaren aanmerkelijk groter was dan het aantal door VWS gesubsidieerde plaatsen.

Tot slot

Ten slotte wijzen we nog op het voor de sector Zorg en WJK belangrijke gegeven van de onevenwichtige leeftijdsopbouw van het personeelsbestand. Hierdoor zal er de komende jaren een steeds grotere uitstroom vanwege pensionering optreden. Hun aantal zal snel toenemen: in tien jaar tijd is er sprake van een ruime verdubbeling (zie paragraaf 3.2.3). Daarbij moet wel worden bedacht dat uitstroom via pensionering een beperkt deel van de totale vervangingsvraag betreft (in 2014 ongeveer 15%), waardoor deze verdubbeling tot een relatief gezien beperktere stijging van de totale vervangingsvraag zal leiden. Er stromen op dit moment minder schoolverlaters in. Zij zullen waarschijnlijk hun heil buiten de sector zoeken. Een deel van hen zal dan ook niet behouden blijven voor de sector, terwijl zij op langere termijn, als de vervangingsvraag weer gaat toenemen, hard nodig zijn voor de sector.

5 Samenvatting en conclusies

In de afgelopen paar jaar heeft zich een groot aantal ontwikkelingen voorgedaan die van invloed zijn op de arbeidsmarkt in de zorg, welzijn en maatschappelijke dienstverlening, jeugdzorg en kinderopvang (WJK).

De jaren van economische crisis hebben effect gehad op de totale werkgelegenheid. Om de kosten in zorg en WJK beheersbaar te houden, hebben hervormingen en financiële bijstellingen plaatsgevonden. Per 1 januari 2015 werd een aantal belangrijke wetswijzigingen van kracht: de overheveling van de AWBZ naar Wlz, Zvw en Wmo; de nieuwe Jeugdwet en de participatiewet. De Wet werk en zekerheid volgde per 1 juli 2015. Verder zijn er aanpassingen in de Wmo geweest, is er een aantal bestuurlijke akkoorden gesloten en heeft het Rijk specifiek arbeidsmarktbeleid ingezet. Naast al deze bestuurlijke ontwikkelingen hebben ook demografische ontwikkelingen, sociaal-culturele ontwikkelingen en technologische ontwikkelingen effect gehad op de arbeidsmarkt in zorg en welzijn. Belangrijke aspecten zijn hier de vergrijzing, die nog steeds doorzet, en het toenemend belang dat men hecht aan eigen verantwoordelijkheid, autonomie en eigen regie.

Organisaties reageren en anticiperen op de ontwikkelingen en veranderingen. Dit heeft effect op de strategische keuzes die organisaties maken, op het HRM- en personeelsbeleid, op scholing van medewerkers. Dit werkt door op de omvang en samenstelling van het personeelsbestand. Hieronder gaan we in op de belangrijkste ontwikkelingen die zich momenteel voordoen.

Afname van de werkgelegenheid

De transities en bezuinigingen hebben grote gevolgen voor de arbeidsmarkt van de sector Zorg en WJK. Het aantal werknemers is in de periode 2012-2014 in vrijwel alle branches gedaald. In de omvang van deze daling doen zich wel regionale verschillen voor. Alleen de huisartsenzorg kent groei van het aantal werknemers, vanwege het beleid gericht op verplaat-

sing van tweedelijnszorg naar de eerste lijn. Werkgevers in Zorg en WJK realiseren inkrimping van hun personeelsbestand met name door natuurlijk verloop, een vacaturestop en terugdringing van het aantal flexibele contracten: het niet-verlengen van tijdelijke contracten en het minder gebruikmaken van oproepkrachten. Daarnaast vinden gedwongen ontslagen plaats. De wijze van inkrimping heeft ook gevolgen voor de leeftijdsopbouw van het personeelsbestand, dat door de demografie op zichzelf al verouderend is. Jongeren zijn oververtegenwoordigd in zowel de instroom in als de uitstroom uit de branches. Nu de uitstroom in de laatste jaren hoger is geworden en de instroom is afgenomen, is het netto-resultaat dat het aandeel jongeren in veel branches verder daalt. De veroudering leidt in de komende jaren tot steeds grotere uitstroom vanwege pensionering, juist op het moment dat de sector weer gaat groeien.

De bezuinigingen en hervormingen versnellen de verschuiving van residentiële, intramurale zorg naar extramurale, ambulante zorg. Door het stimuleren van de eigen kracht van mensen, verschuift een deel van het werk van zorg naar welzijn. Een en ander heeft ook invloed op het maatschappelijk ondernemerschap en de strategische keuzes van organisaties in de sector Zorg en WJK. De veranderingen leiden tot aanpassingen in het dienstenaanbod, tot specialisatie en concentratie, meer samenwerking. Ze hebben niet alleen ingrijpende gevolgen voor de omvang, maar ook voor de aard van de werkzaamheden voor het personeel.

Vraag naar andere competenties en vaardigheden van medewerkers
De zorg zal verder extramuraliseren. Mensen blijven langer thuis wonen en zullen eenvoudige zorg- en ondersteuningsbehoeften zo veel mogelijk zelf organiseren. Er zullen vaker mantelzorgers en vrijwilligers worden ingezet bij die zorg- en ondersteuningsbehoefte. De visie op professionele zorg- en dienstverlening verandert van ‘zorgen voor’ in ‘zorgen dat’. Er ligt een grotere nadruk op het begeleiden van cliënten en het versterken van hun eigen kracht en eigen regie, het samenwerken met en begeleiden van mantelzorgers en vrijwilligers. Dat vraagt om andere competenties van medewerkers. Daarnaast zal de professionele zorg zich meer richten op de complexere zorgvragen. Ook dat vraagt om andere competenties.

Samenwerking met andere professionals en samenwerkingspartners wordt steeds belangrijker. Het gaat dan onder andere om samenwerking tussen eerste, anderhalve- en tweedelijnszorg en in sociale wijkteams. Deze wijkteams zijn multidisciplinair samengesteld en richten zich op preventie, lichte ondersteuning (onder andere door het sociale netwerk van hulpvragers in te zetten) en het organiseren van toegang tot ondersteuning.

De ontwikkelingen die gaande zijn vragen enerzijds om generalistische medewerkers, anderzijds om specialisten. In de opleidingen wordt daar al op ingespeeld.

Een verschuiving in de vraag van lager naar hoger opgeleid personeel
De krimp in werkgelegenheid in de zorg treedt vooral op aan de onderkant van de arbeidsmarkt: lager opgeleid personeel tot en met niveau 2. Voor deze groep zijn bovendien weinig alternatieven in de sector. Dit banenverlies speelt vooral in de VVT, waar fors is bezuinigd op het budget voor huishoudelijke hulp. In de kinderopvang is sprake van een zeer aanzienlijk verlies aan voor pedagogisch medewerkers op niveau 3.

Tegenover deze krimp op de lagere niveaus staat een toenemende vraag naar hoger opgeleid personeel. Dit komt door een scala aan factoren: de complexer wordende zorg, een veranderende visie op zorg- en dienstverlening, interdisciplinaire samenwerking binnen en tussen organisaties, veranderende arbeidsverhoudingen, sturing op zelfregie en eigen verantwoordelijkheid, en begeleiding en coaching van mantelzorgers en vrijwilligers. Dit heeft niet alleen gevolgen voor nieuw personeel, maar ook voor het zittend personeel.

Technologische veranderingen versterken de vraag naar hoger opgeleid personeel. Hoewel het effect op de omvang van de zorgvraag diffuus is (enerzijds leiden nieuwe technologieën tot een grotere zorgvraag door nieuwe behandelingsmogelijkheden, anderzijds tot een verminderd beroep op professionele zorg), is wel duidelijk dat er effect is op de aard van de werkzaamheden. Dit leidt tot een grotere vraag naar hoger opgeleid personeel en tot een behoefte aan competenties om met deze tech-

nieken om te kunnen gaan. Overigens geeft bijna een kwart van de medewerkers aan dat ze een hoger opleidingsniveau hebben dan het functieniveau waarop zij werken (CAOP, 2015b). Het is echter niet duidelijk of hier daadwerkelijk veel ongebruikt potentieel schuilt, omdat het niet duidelijk is welke groep dit betreft en omdat zelfrapportage een vertekend beeld kan geven.

De wens om hoger gekwalificeerd personeel aan te trekken, lijkt een algemeen maatschappelijke ontwikkeling en is in vrijwel alle branches zichtbaar. Deze wens sluit aan bij het zorg- en dienstenaanbod dat werkgevers willen realiseren en de werkwijze die zij willen hanteren. Maar de behoefte aan hoger opgeleid personeel leidt ook tot dilemma's. Ten eerste neemt het aanbod uit de opleidingen na 2016 af. Ten tweede leidt de inzet van hoger opgeleiden tot hogere kosten voor de sector. Ten derde dreigt het gevaar dat veel potentieel aan goede werkers in de toekomst onbenut blijft. Het risico is dat een grote groep gemotiveerde medewerkers niet meer aan bod komt en een grote groep schoolverlaters nooit het beroep zal uitoefenen waarvoor ze opgeleid zijn. Dit terwijl zij in een straks krappere arbeidsmarkt wel hard nodig zijn.

Vraag naar wendbare medewerkers

Het werk in de sector verandert en het zal daarnaast steeds vaker voorkomen dat medewerkers ander werk gaan uitvoeren in een toenemende diversiteit aan arbeidsrelaties. Dit vraagt om wendbare medewerkers, die zich voortdurend blijven ontwikkelen om toegevoegde waarde te blijven leveren. Het vraagt ook om een brede inzetbaarheid.

Effect op scholing en opleidingen

Door de ontwikkelingen die gaande zijn veranderen de competentie-eisen voor veel functies. Dit heeft ook gevolgen voor de curricula van de initiële opleidingen. De herziening van de kwalificatiestructuur in het beroepsonderwijs levert hier een bijdrage aan. De nieuwe opzet van de opleidingen is bedoeld om tot breder inzetbare beroepsbeoefenaren te komen. Het doel van de introductie van de systematiek van keuzeonderdelen is dat er sneller kan worden ingespeeld op veranderingen in de beroepspraktijk.

De veranderende competentie-eisen hebben niet alleen gevolgen voor de initiële opleidingen, maar ook voor de op-, bij- en nascholing van zittend personeel. Er zijn in de regionale sectorplannen zorg dan ook veel scholingstrajecten afgesproken, met name gericht op korte trainingen en opscholing op mbo en hbo-niveau.

De algemene tendens om meer werknemers met een hoger kwalificatieniveau aan te trekken, trekt een zware wissel op de opleidingscapaciteit van de niveau-6-opleidingen, in het bijzonder die van de verpleging. Bovendien staat dit haaks op het feit dat veel hbo-v-opleidingen een fixus bij de instroom hanteren, onder meer vanwege het gebrek aan stageplaatsen. Een gevolg van de grote nadruk op niveau-6-verpleging is dat zorgorganisaties op niveau 4 eveneens te weinig stageplaatsen aanbieden. Zo zijn er in slechts een paar van de dertig regio's in ons land voldoende stageplaatsen (SBB); in alle andere regio's zijn de kansen op een stageplaats matig of gering. Al met al dreigt straks een vicieuze cirkel: onvoldoende stageplaatsen leidt tot onvoldoende aanbod van gekwalificeerd personeel, waardoor de tijd voor stagebegeleiding ontbreekt enzovoort. Opvallend is dat het stageprobleem juist speelt bij de opleiding tot hbo-verpleegkundige, een beroepsgroep waar nu al tekorten zijn.

Een blik op de toekomst

Er is landelijk sprake van een aanzienlijke verandering voor de personeelsvoorziening in de prognoseperiode 2015-2019: een aanbodoverschot van werknemers in de eerste paar jaren en een aanbodtekort in de jaren daarna. Hoewel een en ander per regio kan verschillen, is de algemene tendens dat bij veel beroepen en dus meerdere branches op de korte termijn sprake is van een aanbod van personeel dat de vraag ruim overtreft. Over twee, drie jaar zijn vraag en aanbod bij de huidige veronderstellingen min of meer in evenwicht om vervolgens (lichte) aanbodtekorten te laten zien. Dit heeft een aantal gevolgen. In de periode 2015-2017/2018 zal een deel van de arbeidskrachten die voor de sector zijn gekwalificeerd elders werk moeten zoeken. Dit zijn met name jongeren. Voor hen is de kans op (her-)intrede op de arbeidsmarkt voor Zorg en WJK daarna groter, maar doordat zij in de tussentijd elders werkzaam zijn geweest zal een deel van hun kennis en kunde wellicht niet meer op peil zijn. Daarnaast is het de

vraag of zij wel willen terugkeren. Dat leidt tot een extra knelpunt: over een vijftal jaren krijgt de sector te maken met steeds grotere cohorten werknemers die met pensioen gaan. Er zal voldoende toestroom moeten zijn om de lege plekken die dan ontstaan op te vullen. Een specifiek aandachtspunt ligt hier bij de opleidingen waarbij de instroom van leerlingen onder de huidige arbeidsmarktomstandigheden drastisch omlaaggegaan is of nu gaat, maar waar op termijn weer veel vraag naar te verwachten is, bijvoorbeeld de opleiding pedagogisch medewerker niveau 4. Hier bestaat het risico dat er een 'varkenscyclus' ontstaat.

Deel 2
Ontwikkelingen per branche



I Ziekenhuizen en umc's



II Geestelijke Gezondheidszorg



III Verpleging, verzorging en thuiszorg



IV Gehandicapten-zorg



V Huisartsenzorg



VI Welzijn en maatschappelijke dienstverlening



VII Jeugdzorg



VIII Kinderopvang

I Ziekenhuizen en umc's

Demografische ontwikkelingen

- Een toenemende en complexere zorgvraag door vergrijzing, een toename van chronische aandoeningen en comorbiditeit.

Sociaaleconomische ontwikkelingen

- Medio 2013 kwamen de minister van VWS en ziekenhuizen, medisch specialisten, GGZ, huisartsen, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties overeen dat het groeipercentage van de zorguitgaven wordt teruggebracht naar 1,5% in 2014 en 1% per jaar van 2015 tot en met 2017. In algemene en categorale ziekenhuizen zien we schaalvergroting; tot en met 2014 veelal in de vorm van bestuurlijke fusies. Het einde van het fusietijdperk lijkt echter in zicht (KPMG Plexus, 2015).
- De risico's in de bedrijfsvoering en de continuïteit van ziekenhuizen zijn toegenomen. Circa 20% van de ziekenhuizen scoort een onvoldoende in de BDO-ranking (BDO-benchmark Ziekenhuizen, 2015).
- Een snelle ontwikkeling van het aantal Zelfstandige Behandel Centra en privéklinieken. Een groei van het aantal ZBC's tussen 2003 en 2012 van 42 naar 213. Daarnaast waren er 106 privéklinieken in 2012 (Dutch Hospital Data, 2013).

Sociaal-culturele ontwikkelingen

- De houding van de patiënt ontwikkelt zich van een passieve naar een actieve codecisie. De rol van de professional verschuift in de richting van *partnership*. Zowel in de relatie zorgverlener-patiënt als in de relatie werknemer-werkgever.

Technologische ontwikkelingen

- De verpleegduur neemt nog steeds af. Patiënten gaan bijvoorbeeld eerder naar huis (NVZ, 2015a). Beddenhuizen worden verkleind. De complexiteit van de zorg in de ziekenhuizen en umc's neemt toe.

- Nieuwe behandelingsmogelijkheden:
  - De ontwikkeling van nieuwe medische mogelijkheden gericht op specifieke patiëntkarakteristieken.
  - Een toenemende en complexere zorgvraag door (medisch-)technologische ontwikkelingen.
  - De behandeling wordt specifieker, minder invasief en meer afgestemd op de karakteristieken van de patiënt.
  - Een concentratie van hoogcomplexe, kapitaalintensieve apparatuur en een deconcentratie van kleinere en goedkopere diagnostische apparatuur en *intelligent devices*.
  - Door de technologische ontwikkelingen ontstaat een steeds meer industriële werkomgeving.

- Digitalisering:
  - *Intelligent devices*, *home diagnostics*, *health 2.0 & telemedicine* en *imaging* worden steeds meer ingezet.
  - Kennis democratiseert, de patiënt is beter geëquipeerd om een actievere rol in te nemen. ICT ondersteunt deze rol.
  - Dit vergt steeds meer investering in ICT-middelen en ICT-personeel.

Bestuurlijke ontwikkelingen

- Het beleid gericht op doelmatigheid en kwaliteit leidt tot spreiding en concentratie:
  - De concentratie van hoogcomplexe zorg (topreferent en topklinisch) in umc's en meer gespecialiseerde ziekenhuizen.
  - Verbetering van de zorg door het bundelen van kennis en expertise in expertisecentra.
  - Het bieden van acute zorg en een *last resort*-functie voor patiënten met complexe zorgvragen in de umc's.
  - Het beschikbaar houden van vooral chronische, acute en electieve zorg in ziekenhuizen (NVZ, 2013).
- Kwaliteit en transparantie:
  - Umc's en ziekenhuizen slagen erin grote kwaliteitsverbeteringen door te voeren door gebruik te maken van de stroom aan kennis over en nieuwe inzichten in het organiseren van zorg, de verwachtingen van patiënten en nieuwe systemen. Dit vraagt om een lerende organisatie (IGZ, 2013) en voortdurende innovatie en registratie aan de bron.
  - Steeds meer openheid over kwaliteit, onder meer door Kwaliteitsvensters.
- Een verschuiving naar eerstelijns- en anderhalvelijnszorg. De ziekenhuizen en umc's vervullen een rol in een landelijk en regionaal netwerk van aanpalende zorgaanbieders.

Arbeidsmarktontwikkelingen

Universitair medische centra

Er zijn acht universitair medische centra in Nederland. Umc's zijn nauw verbonden aan medische faculteiten van een universiteit.

- Het aantal werknemers van de umc's is in de periode 2010-2014 gestegen.
- Het aantal fte's is in dezelfde periode ongeveer gelijk gebleven. De gemiddelde deeltijdfactor is daarmee gedaald.
- In vergelijking met andere branches in Zorg en WJK is het aandeel mannen in de umc's hoog.
- Het aandeel werknemers jonger dan 35 jaar is licht gestegen, terwijl in de meeste branches in Zorg en Welzijn sprake is van een – soms fors – dalend aandeel jongere werknemers.

Universitair medische centra – Arbeidsmarktontwikkelingen

	2010	2011	2012	2013	2014
Aantal umc's	8	8	8	8	8
Aantal werknemers	66.859	68.571	68.472	69.550	70.132
Aantal fte's	55.926	57.007	57.242	54.639	55.055
Gemiddelde leeftijd	40,4	40,4	40,7	40,8	40,9
Aandeel < 35	37,2	37,8	37,2	37,7	37,9
Aandeel > 54	15,1	15,7	16,7	17,3	18,0
Aandeel vrouw	68,7	69,0	69,2	69,7	70,0
Verzuim					
Brutoverloop	9,6	10,1	9,5		
Nettoverloop	9,0	9,5	9,2		

Bron: Onderzoeksprogramma AZW

Algemene en categorale ziekenhuizen

Bij onderstaande gegevens zijn alle instellingen voor medisch-specialistische zorg meegeteld, met uitzondering van de umc's. Dit zijn onder andere algemene ziekenhuizen, categorale ziekenhuizen, revalidatiecentra, praktijken van medisch specialisten en medische dagbehandelcentra.
Er waren in 2015 zeventig algemene ziekenhuizen, 22 categorale ziekenhuizen en dertig revalidatiecentra in Nederland (NVZ, 2015b, *Zorg toont*).

- Het aantal werknemers in de ziekenhuizen is in de periode 2010-2014 met 1,7% gedaald. Deze daling vond vooral plaats in 2013 en 2014.
- Het aantal fte's is in die periode nagenoeg gelijk gebleven. De gemiddelde deeltijdfactor is daarmee iets gestegen.

Algemene en categorale ziekenhuizen – Arbeidsmarktontwikkelingen

	2010	2011	2012	2013	2014
Aantal werknemers	215.472	217.473	217.732	214.470	211.808
Aantal fte's	162.196	163.894	164.718	163.435	162.602
Gemiddelde leeftijd	41,4	41,8	42,1	42,5	42,8
Aandeel < 35	30,7	30,5	30,1	29,3	28,5
Aandeel > 54	15,2	16,6	17,9	19,4	20,9
Aandeel vrouw	81,9	81,9	81,7	81,7	81,8
Verzuim	4,5	4,5	4,3	4,1	4,2
Brutoverloop	8,8	9,1	8,6		
Nettoverloop	6,8	7,4	7,0		

Bron: Onderzoeksprogramma AZW

*Aantal werknemers en fte's, kwartaal 3 2013-kwartaal 3 2015**

	K3 2013	K4 2013	K1 2014	K2 2014	K3 2014	K4 2014	K1 2015	K2 2015	K3 2015
Werknemers	215.875	214.470	212.716	212.710	212.589	211.808	211.874	211.774	209.416
Fte's	164.148	163.435	162.562	162.801	163.070	162.602	162.597	161.919	159.956

*Data 2015 zijn voorlopige cijfers.
Bron: Onderzoeksprogramma AZW



Uitdagingen voor de arbeidsmarkt

I Ziekenhuizen en umc's

Grotere verschillen

De verschillen tussen ziekenhuizen en regio's worden groter door de concentratie van complexe zorg en samenstelling van populatie. Ieder ziekenhuis moet voor zich het zorgaanbod en de daaraan gekoppelde personeelsvraag bepalen aan de hand van de zorgvraag en afspraken met zorgverzekeraars.

Extra aandacht voor scholing

Scholing van medewerkers op deskundigheden en competenties vraagt extra aandacht in verband met onder meer nieuwe behandel - methoden, medisch-technologische ontwikkelingen, complexiteit van de patiëntenpopulatie, comorbiditeit, ICT en digitalisering, meer eigen regie van de (mondiger) patiënt. Goede afstemming tussen de zorginstellingen en onderwijsinstellingen op regionaal niveau is daarbij van belang.

Toegenomen werkdruk

Veel medewerkers geven aan dat de werkdruk is toegenomen; 41,7% van de werknemers in ziekenhuizen en 36,6% van de werknemers in umc's ervaren een (te) hoge werkdruk.

Tekort aan hbo-verpleegkundigen

De komende jaren wordt de branche ziekenhuizen geconfronteerd met een tekort aan aanbod van verpleegkundigen op hbo-niveau. Al wordt er bij de umc's en de ziekenhuizen op korte termijn eerst een overschot verwacht. De vraag ontstaat niet alleen door vervanging van uitstromers (onder anderen pensioengangers), maar ook door een uitbreidingsbehoefte. Taakherschikking van medisch specialisten naar verpleegkundigen (specialisten) speelt hierbij een rol. De uitdaging voor ziekenhuizen is voldoende verpleegkundigen naar hbo-niveau te scholen of te werven (in concurrentie met andere zorgbranches als thuiszorg en GGZ).

Tekort aan stageplaatsen

Vooral bij de hbo-opleiding voor verpleegkundigen is er een tekort aan stageplaatsen, waardoor het aanbod van gekwalificeerd personeel onder druk komt te staan.

Meer differentiatie in functies

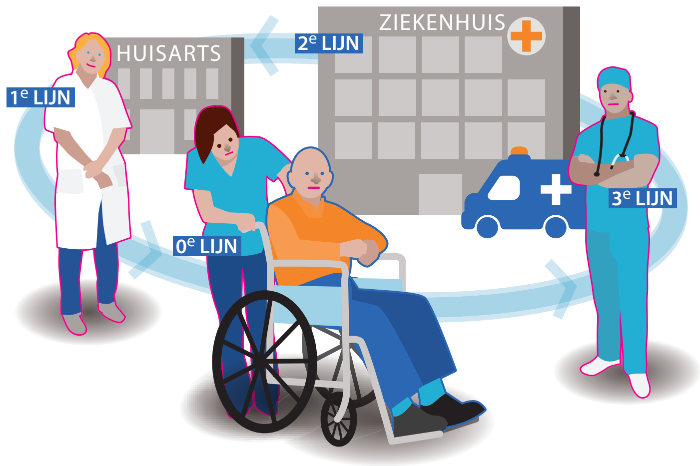
De verschillende ontwikkelingen hebben invloed op de samenstelling van het personeelsbestand. Zo is de trend dat meer zorgprofessionals generalistisch gaan werken, terwijl er tevens sprake is van meer specialisatie. Er vindt meer differentiatie in functies plaats, zoals in de ziekenhuizen en de umc's het geval is bij de functies van de hbo-verpleegkundige en de verpleegkundig specialist. Vergroting van de flexibiliteit bij de vervolgopleidingen heeft daarbij de komende jaren aandacht.

Meer met pensioen

Door de huidige leeftijdsopbouw zullen de komende jaren steeds grotere cohorten werknemers met pensioen gaan. Daarbij wordt geconstateerd dat de contracten met veel jonge werknemers (veelal tijdelijke contracten) afgelopen jaren niet zijn verlengd. Daardoor ontstaat er op termijn een nieuwe vraag naar goed opgeleid personeel. De vraag is of die medewerkers dan beschikbaar zijn voor de branche. De uitdaging is om ook op termijn aantrekkelijk te blijven voor nieuwe instromers op de arbeidsmarkt.

Intensievere samenwerking

Om de zorgvraag van de patiënt beter te beantwoorden en zelfzorg te faciliteren, vervagen de traditionele grenzen tussen de nulde, eerste, tweede en derde lijn steeds meer. Dit vraagt om steeds intensievere samenwerking met andere zorgverleners in de keten.



II Geestelijke gezondheidszorg

Demografische ontwikkelingen

- Psychische stoornissen komen frequent voor onder de Nederlandse bevolking: 42,7% van de Nederlanders ervaart eens in zijn of haar leven een psychische stoornis. Op jaarbasis ervaart circa 18% van de mensen een psychische stoornis. Deze prevalentie is de afgelopen 25 jaar constant gebleven (RIVM, 2012).
- De vraag naar zorg voor psychische stoornissen is in de afgelopen jaren sterk toegenomen. Oorzaak: de betere toegankelijkheid van de branche, onder andere door de toegenomen aandacht voor psychische stoornissen in de huisartsenpraktijk.

Sociaaleconomische ontwikkelingen

- De kosten van de GGZ zijn in de periode 1998-2010 sterk gestegen. De GGZ was een van de sterkste groeiers. (RIVM, 2012).
- Het beheersbaar houden van de zorgkosten: medio 2013 kwamen de minister van VWS en ziekenhuizen, medisch specialisten, GGZ, huisartsen, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties overeen dat het groeipercentage van de zorguitgaven wordt teruggebracht naar 1,5% in 2014 en 1% per jaar van 2015 tot en met 2017.
- Bezuinigingen: aanpassingen door zorgaanbieders om bezuinigingen het hoofd te bieden zijn vooral vernieuwingen in het aanbod, een mindering in personeel en (efficiëntere) samenwerking met andere partijen. Overigens blijkt dat de wachttijden toenemen, met name bij instellingen voor specialistische geestelijke gezondheidszorg en andere aanbieders, zoals vrijgevestigde psychiaters en in de jeugd-GGZ (NOS, 2015; LHV, 2015).

Sociaal-culturele ontwikkelingen

- De samenleving wordt complexer; meer geestelijke arbeid wordt verricht, waardoor mensen eerder belemmeringen ondervinden van psychische problemen (RIVM, 2012).
- Het taboe op psychische problemen is minder geworden.
- Meer aandacht voor eigen regie en eigen verantwoordelijkheid van de cliënt. Er wordt een groter beroep gedaan op mantelzorgers en vrijwilligers.
- Zorgverleners hebben vaak te maken met (ziektebeeld gerelateerde) agressie en geweld.

Technologische ontwikkelingen

- Technologische ontwikkelingen (e-health en m-health) vertalen zich in nieuwe mogelijkheden voor zorg op afstand.

Bestuurlijke ontwikkelingen

- Het bestuurlijk akkoord GGZ 2014-2017. Ondanks het opzeggen van het akkoord zal de ambulantisering en de afbouw van bedden naar verwachting doorzetten.
- De invoering van de Wet langdurige zorg (Wlz) voor mensen die continu zorg of toezicht nodig hebben (voor de GGZ: langer dan drie jaar).
- De extramurale verpleging, het overgrote deel van de persoonlijke verzorging (95%) en de langdurige GGZ zijn vanuit de AWBZ overgeheveld naar de Zvw.
- Op 1 januari 2014 is de curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) omgevormd naar een stelsel met een 'generalistische basis GGZ' en een 'gespecialiseerde GGZ'. Patiënten lijken later te worden verwezen door de opkomst van de POH-GGZ. De substitutie van gespecialiseerde GGZ naar de GBGGZ en de POH-GGZ lijkt nog niet goed op gang gekomen (KPMG Plexus, 2014).
- De GGZ-care korter dan drie jaar gaat over naar de Zvw, met een opbouwperiode van drie jaar. Dit opbouwtraject is gestart in 2015. GGZ-care langer dan drie jaar blijft opgenomen in de Wlz.
- De financiering van beschermd wonen, begeleiding en dagbesteding is overgegaan naar de gemeenten (Wmo). Zorgaanbieders krijgen te maken met andere opdrachtgevers en samenwerkingspartners.
- Met de Jeugdwet zijn gemeenten sinds 1 januari 2015 ook budgettair verantwoordelijk geworden voor de jeugdhulp, waar de jeugd-GGZ deel van uitmaakt. GGZ-aanbieders sluiten hiervoor contracten af met gemeenten.
- Meer samenwerking: vooral met andere GGZ-aanbieders, maar ook met de gehandicaptenzorg, ouderenzorg, welzijnsaanbieders en jeugdzorg.

- Het wetsvoorstel Forensische zorg ligt bij de Eerste Kamer. Verkorting van de behandelduur, meer inzet op preventie en de afbouw van zwaar intensieve zorgvormen hebben een verschuiving naar lichtere zorgvoorzieningen in de zorgketen tot gevolg. Door minder TBS-opleggingen is er sprake van capaciteitsreductie (GGZ Nederland, 2014b).
- De wetsvoorstellen Verplichte GGZ en Zorg en dwang. De zorgaanbieders ervaren de voorstellen als een verzwaring van de zorg, waardoor de vraag naar hoger opgeleid personeel toeneemt.
- De Participatiewet betekent dat nieuwe wegen moeten worden gezocht voor arbeidsre-integratie van langdurig werklozen met ernstige psychiatrische problematiek. Aanbieders zullen hierop moeten inspelen.
- De overgang van hoofd behandelaarschap naar regiebehandelaar en de ontwikkeling van een kwaliteitsstatuut (ministerie van VWS, 18 mei 2015).

Arbeidsmarktontwikkelingen

De NZa heeft voor 2012 een inschatting gemaakt van het aantal zorgaanbieders en instellingen dat actief is in de GGZ. In dat jaar hadden zesduizend unieke zorgaanbieders diensten geleverd op het gebied van de eerstelijns GGZ. In de tweedelijns curatieve GGZ waren 265 instellingen en drieduizend vrijgevestigde zorgaanbieders actief. In de langdurige GGZ waren dat er 260 (NZa, 2012).

- In de periode 2010-2014 is het aantal werknemers in de GGZ (mede als gevolg van bezuinigen, transities en wellicht ook door de invoering van de basis-GGZ) met 3,4% gedaald. Deze daling vond vooral plaats in 2014, in de jaren daarvoor was eerst nog sprake van een groei gevolgd door een gelijkblijvende trend. In de eerste kwartalen van 2015 zet deze daling voort.
- Het aantal fte's is eveneens gedaald, in wat mindere mate: 1,4%.
- In vergelijking met andere branches is het aandeel mannen in de GGZ hoog.
- De vernieuwde kwalificatiestructuur in het mbo. Een nieuwe beroepenstructuur kan de wendbaarheid en mobiliteit en daarmee de arbeidsmarktpositie van medewerkers versterken.
- De zorg zal verder extramuraliseren. De intramurale zorg wordt minder omvangrijk maar complexer.
- 40% van de instellingen verwacht dat de vraag naar SPV'ers nagenoeg gelijk blijft; 19% van de instellingen verwacht een lichte afname (< 5%)(GGZ Nederland, 2014a).
- 32% van de instellingen verwacht een (lichte) stijging in de vraag naar verpleegkundig specialisten en 34% verwacht dat de vraag nagenoeg gelijk blijft (GGZ Nederland, 2014a).
- De vraag naar agogen neemt af (45% van de instellingen), terwijl het aanbod groeit (GGZ Nederland, 2014a).
- De kansen voor werkenden op mbo-niveau 1 en 2 zijn gering. Krimp wordt verwacht in functies op mbo-niveau 3 en 4, op hbo- en op wetenschappelijk niveau, in cliënt- en niet-cliëntgebonden functies en vooral bij personeel in loondienst met een vaste aanstelling (CAOP, 2015a).
- Portfolio's aanpassen, nieuwe diensten/producten ontwikkelen of uitbreiden. De specialisatie in en afstoting van diensten en producten. Een stijging van het aantal fusies, overnames en reorganisaties. Organisaties veranderen in hoog tempo, flexibiliteit is nodig.
- Andere competenties zijn nodig als gevolg van: het werken met zwaardere cliëntgroepen, preventie en signalering/indicering, technologische ontwikkelingen, zelfsturende teams, veiligheid, zelfstandig /alleen werken, het werken met mantelzorgers en vrijwilligers en het ontstaan van nieuwe relatienetwerken. Een toename van opscholing.
- Bezuinigingen op staf- en managementniveau. Ingrijpen in de flexibele schil. De administratieve en juridische verantwoordingslast neemt toe. Krimp wordt vooral gerealiseerd bij personeel met een tijdelijke aanstelling en in mindere mate ook bij personeel met een vaste aanstelling.
- Een daling van de instroom en een tekort aan stageplaatsen. Een onevenwichtige opbouw van het personeelsbestand als gevolg van vergrijzing.
- Het verzuim neemt toe naarmate de leeftijd toeneemt. Ook de ervaren werkdruk neemt toe.
- Tot 2017: een verdere daling van de werkgelegenheid. Vanaf 2017: herstel van de banengroei .

- Werkgevers in de GGZ verwachten voor 2015-2016 dat de krimp in het totaal (alle functies) groter is dan de uitbreiding. Waar wel uitbreiding wordt verwacht, is dit met name in de hogere functies (hbo, hbo+ en wetenschappelijk). (CAOP, 2015a).
- Experts verwachten tot en met 2019: een afname van mbo-geschoold personeel, meer vraag naar hbo-, hbo+- en academisch geschoold personeel, meer gebruik van ervaringsdeskundigen en vrijwilligers (Kiwa Carity, 2015b).
- Een relatieve toename van de behoefte aan hbo-opgeleiden voor regievoering, begeleiding et cetera (Kiwa Carity, 2015b).

Geestelijke gezondheidszorg – Arbeidsmarktontwikkelingen

	2010	2011	2012	2013	2014
Aantal werknemers	86.963	89.207	88.861	88.052	84.041
Aantal fte's	69.927	72.632	72.307	71.907	68.962
Gemiddelde leeftijd	41,8	42,0	42,3	42,5	42,9
Aandeel < 35	31,8	32,2	31,7	31,5	30,4
Aandeel > 54	17,6	19,0	20,2	21,4	22,8
Aandeel vrouw	72,1	72,3	72,4	72,7	72,9
Verzuim	5,0	5,1	4,9	4,9	4,8
Brutoverloop	10,5 %	10,0 %	10,7 %		
Nettoverloop	8,3 %	7,9 %	8,9 %		

Bron: Onderzoeksprogramma AZW

Aantal werknemers en fte's, kwartaal 3 2013-kwartaal 3 2015*

	K3 2013	K4 2013	K1 2014	K2 2014	K3 2014	K4 2014	K1 2015	K2 2015	K3 2015
Werknemers	88.696	88.052	86.421	85.900	85.186	84.041	84.800	84.523	83.743
Fte's	72.432	71.907	70.713	70.376	69.883	68.962	69.520	69.079	68.385

*Data 2015 zijn voorlopige cijfers.
Bron: Onderzoeksprogramma AZW

Uitdagingen voor de arbeidsmarkt

II Geestelijke gezondheidszorg

Psychische gezondheid in eerste lijn

Veel zorg voor mensen met psychische problemen gaat nu naar de eerste lijn. Hier komen veel meer klachten binnen dan in de reguliere GGZ. Het is een kans voor de GGZ om in de eerste lijn de psychische gezondheid te bevorderen en dit proces te optimaliseren. Het benutten van *e-mental health-interventies* biedt hierbij kansen.

Krimp realiseren

Het realiseren van de noodzakelijke krimp én tegelijk tegemoetkomen aan de veranderende (kwalitatieve) eisen en ontwikkelingen.

Duurzame inzetbaarheid

Het stimuleren van de duurzame inzetbaarheid van medewerkers, met hierbij extra aandacht voor de oudere leeftijdsgroepen. Er is veel behoefte aan maatregelen op het gebied van de balans werk-privé, veiligheid, alleen werken, werkdruk en mantelzorg.

Jongeren

De instroom en het behoud van jongeren en het creëren van stageplaatsen.

Andere competenties

Flexibele en veerkrachtige medewerkers die kwalitatief hoogwaardige zorg kunnen leveren/hulp kunnen verlenen en om kunnen gaan met de geschetste ontwikkelingen. Deze ontwikkelingen vragen deels andere competenties van medewerkers. Functies gaan verschuiven.



III Verpleging, verzorging en thuiszorg

Demografische ontwikkelingen

- Een grotere zorgvraag door dubbele vergrijzing, een toename van chronische aandoeningen, een toename van alleenstaande ouderen en kinderloze ouderen.
- Een afname van jongeren; wel een toename van geboortes en vanaf 2017 een toename van het aantal jonge kinderen.

Sociaaleconomische ontwikkelingen

- Toekomstige ouderen hebben een betere financiële positie, hetgeen kan leiden tot een grotere behoefte aan eigen regie en keuzevrijheid.
- Bezuinigingen door de extramuralisering van lage zorgzwaartepakketten, korting op de contracteerruimte voor wijkverpleging, korting op het macrobudget Wmo, bezuiniging van 40% op huishoudelijke hulp, tariefskorting en doelmatigheidskorting op het budget Wlz.
- Intensiveringen in 2016: het kabinet heeft een bedrag van 140 miljoen euro beschikbaar gesteld voor de verpleeghuiszorg, wat in de jaren daarna oploopt tot structureel 210 miljoen euro. Verder is een geplande bezuiniging binnen de Wlz van 45 miljoen in 2016 geschrapt.
- Ter ondersteuning van de verbetering van het arbeidsmarktperspectief voor medewerkers in de huishoudelijke zorg en begeleiding heeft het kabinet voor 2015 en 2016 190 miljoen euro beschikbaar gesteld aan gemeenten voor een Huishoudelijke Hulp Toelage (HHT). Vanaf 2017 worden structureel middelen beschikbaar gesteld vanuit onder meer niet-bestede middelen van het sectorplan zorg en van de HHT (ministerie van VWS, 4 december 2015).

Sociaal-culturele ontwikkelingen

- In de participatiemaatschappij wordt meer belang gehecht aan eigen verantwoordelijkheid, zelfontplooiing, autonomie, eigen keuze en eigen regie van de patiënt/cliënt.
- Er wordt een groter beroep gedaan op mantelzorgers en vrijwilligers.

Technologische ontwikkelingen

- Technologische ontwikkelingen (e-health) leiden tot nieuwe mogelijkheden voor zorg op afstand.
- Het stimuleren van het gebruik van hulpmiddelen (bijvoorbeeld bewegingssensoren, domotica, robots) kan leiden tot minder arbeidsinzet.
- ICT-toepassingen rond cliëntinformatie helpen om efficiënter te werken.

Bestuurlijke ontwikkelingen

- De transitie van AWBZ naar Wmo, Wlz, Zvw per 1 januari 2015.
- De Wmo-inkoop door gemeenten; de Wlz- en Zvw-inkoop door zorgverzekeraars.
  - De begeleiding en persoonlijke verzorging (deels) en het daarbij mogelijke kortdurende verblijf gaan naar de Wmo.
  - De inkoop in representatie vervalt grotendeels in 2016.
  - Door de verschuivingen neemt de onzekerheid bij zorgaanbieders toe.
  - De Transitiecommissie Sociaal Domein heeft de code Verantwoordelijk Marktgedrag Thuiszorgondersteuning opgesteld dat een kader biedt aan gemeenten en aanbieders voor het maken van afspraken over ondersteuning van zorg in natura binnen de Wmo (TSD, 2015).
  - Er zal een AMvB worden opgesteld met nadere regels ter ondersteuning van een zorgvuldig inkoopproces en een actieve eigen rol van de gemeenteraad (ministerie van VWS, 4 december 2015).
- Wonen en zorg zijn gescheiden voor ZZP1 tot en met ZZP3. Daardoor sluiten veel verzorgingshuizen. In de periode 2013-2018 wordt een afname van de intramurale capaciteit verwacht van gemiddeld 13,5%.
- De capaciteit van de V&V-instellingen verschuift naar zwaardere en complexere zorg. Cliënten verblijven steeds korter intramuraal. In plaats daarvan neemt de vraag naar thuiszorg toe. In de thuiszorg wordt minder vaak alleen verpleging ingezet.
- Overheveling van de wijkverpleging naar de Zvw.
  - De aanspraak Wijkverpleging gaat naar de Zvw. De wijkverpleegkundige wordt gepositioneerd naast de huisarts. De wijkverpleegkundige is verantwoordelijk voor de indicatiestelling.

- De prestatie wijkgericht werken: de scheiding tussen niet-cliënt-gebonden (S1) en cliëntgebonden taken (S2) vervalt vanaf 2017 (ministerie van VWS, 19 mei 2015).
- Wijkverpleegkundigen zijn onderdeel van of hebben contact met sociale wijkteams.
- Volgens het Normenkader (V&VN, 2014) is de wijkverpleegkundige een bachelor- of masteropgeleide verpleegkundige.

- Begeleiding, dagbesteding en het beschermd wonen zijn overgeheveld naar de Wmo.
- Er treedt branchevermenging op in Zorg en WJK, maar bijvoorbeeld ook bij de kraamzorg als onderdeel van geboortezorg en jeugdgezondheidszorg. De kraamzorg krijgt een nieuwe positie in de keten, bijvoorbeeld in relatie tot geboortehotels en ziekenhuizen. Voor de jeugd-gezondheidszorg gebeurt iets vergelijkbaars, onder meer in relatie tot de Centra voor Jeugd en Gezin. De beweging van zorg in de richting van welzijn, preventie en wonen. Een toenemende samenwerking met ziekenhuizen.
- De vergoeding voor kraamzorg wordt beperkt.

Arbeidsmarktontwikkelingen

Het CBS telde in 2014 145 verpleeghuizen en 345 verzorgingshuizen. Het aantal aanbieders van thuiszorg was 11.130 (CBS Statline, 6 november 2015, Verpleeghuizen, Verzorgingshuizen, Thuiszorg). Bij die laatste groep zijn ook eenpitters meegeteld. Op de website www.zorgopdekaart.nl worden 673 concerns geteld die verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg of thuiszorg leveren.
Uit een onderzoek uit 2014 kwam naar voren dat er circa 3.600 en 7.200 zzp'ers AWBZ-gefinancierde thuiszorg leveren (dit is dus exclusief zzp'ers die Wmo-gefinancierde huishoudelijke hulp leveren) (Panteia, 2014). Volgens het CBS neemt het aantal zelfstandigen in de ouderenzorg toe, hoewel deze groei minder omvangrijk is dan de daling van het aantal werknemers (CBS, 2015).

- De VVT is de grootste branche binnen Zorg en WJK. Het aantal werknemers is in de jaren 2013-2014 vrij fors gedaald, als gevolg van anticipatie op bezuinigingen en transities. Deze afname bedroeg in 2014 7,5% ten opzichte van 2012. Ook in de eerste drie kwartalen van 2015 zet deze daling zich voort.
- Na een periode waarin het aandeel werknemers jonger dan 35 jaar toenam, is dat aandeel in 2013 en 2014 weer gedaald. Dit kan (mede) veroorzaakt worden doordat verhoudingsgewijs meer jongeren dan ouderen hun baan hebben verloren.
- Het aandeel vrouwen in de VVT is hoog in vergelijking met andere branches in Zorg en Welzijn.
- In de eerste helft van 2015 blijft de uitstroom groter dan de instroom. Het aantal werknemers is in die zes maanden dus verder afgenomen.

Verpleging, verzorging en thuiszorg – Arbeidsmarktontwikkelingen

	2010	2011	2012	2013	2014
Aantal werknemers	409.877	420.158	426.198	416.592	394.443
Aantal fte	254.295	262.088	269.792	267.779	255.667
Gemiddelde leeftijd	42,6	42,7	42,8	43,2	43,9
Aandeel <35	26,7	27,4	27,9	27,3	25,9
Aandeel > 54	18,9	19,9	20,8	22,5	24,4
Aandeel vrouw	92,1	92,0	91,7	91,7	91,8
Verzuim	6,0	6,0	5,8	5,6	5,6
Brutoverloop V&V	9,4	9,4	9,2		
Nettoverloop V&V	7,5	7,9	7,5		
Brutoverloop Thuiszorg	17,0%	15,1%	17,9%		
Nettoverloop Thuiszorg	13,9%	13,5%	14,6%		

Bron: Onderzoeksprogramma AZW

*Aantal werknemers en fte's in de VVT, kwartaal 3 2013 – kwartaal 3 2015**

	K3 2013	K4 2013	K1 2014	K2 2014	K3 2014	K4 2014	K1 2015	K2 2015	K3 2015
Werknemers	423.341	416.592	406.885	409.042	404.119	394.443	377.130	376.073	368.718
Fte's	271.667	267.779	263.498	264.832	262.235	255.667	243.454	239.756	234.533

*Data 2015 zijn voorlopige cijfers.

Bron: Onderzoeksprogramma AZW

In de onderstaande tabel is de ontwikkeling van het aantal werknemers apart weergegeven voor de V&V en de thuiszorg. De gegevens over 2013 en 2014 zijn een inschatting op basis van beschikbare bronnen (maatwerkgegevens van CBS over aantal banen in 2012, 2013 en 2014, gegevens van PGGM over aantal werknemers in 2012, 2013 en 2014 en gegevens CBS over aantal werknemers 2010-2012). Het betreft dus een benadering van de ontwikkelingen. Daarnaast is het zo dat het onderscheid tussen deze subbranches niet altijd goed is te maken. Een extra reden om deze cijfers met enige voorzichtigheid te beschouwen.

Aantal werknemers in de V&V en de thuiszorg, 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
V&V	250.994	257.716	264.336	257.922	247.634
TZ	158.883	162.442	162.256	158.670	146.810
VVT	409.877	420.158	426.198	416.592	394.443

Bron: CBS (maatwerk), PGGM, bewerking Kiwa Carity

De aan gemeenten beschikbaar gestelde middelen voor HHT leiden er naar verwachting toe dat in 2015 voor 5.900 – 11.000 werknemers in Nederland werkgelegenheid gecreëerd wordt (Kiwa Carity en CAOP, 2015d). Dit is lager dan de door het ministerie van VWS ingeschatte 19.000 banen. De helft van de gemeenten verwacht ook in 2016 niet het volledige budget te besteden.

Uitdagingen voor de arbeidsmarkt
III Verpleging, verzorging en thuiszorg

Aandacht voor instroom en behoud van jongeren

Specifieke aandacht binnen de in- en uitstroom voor: de vergrijzing en de uitstroom naar pensioen én de instroom en het behoud van jongeren.
De gemiddelde leeftijd stijgt extra hard. Vanaf 2016: versnelling van de uitstroom naar pensioen. Het aandeel jongeren is de afgelopen jaren al sterk gedaald onder meer door het beëindigen van tijdelijke contracten. Hoe kan voldoende baanperspectief worden geboden aan jongeren om arbeidsmarktknelpunten te voorkomen? Aandacht voor instroom en behoud van jongeren is een van de grootste uitdagingen voor de komende jaren.

Specialisatie en diversiteit

Specialisatie en diversiteit leiden tot een grotere variatie (en wellicht vernieuwing) van het dienstenaanbod van organisaties. Mogelijk stijgt de behoefte aan meer gespecialiseerde medewerkers vanwege strategische keuzes die zorgaanbieders maken voor meer specialistische zorg.

Nieuwe competenties vereist

Nieuwe competenties vereist door veranderingen in het werk:

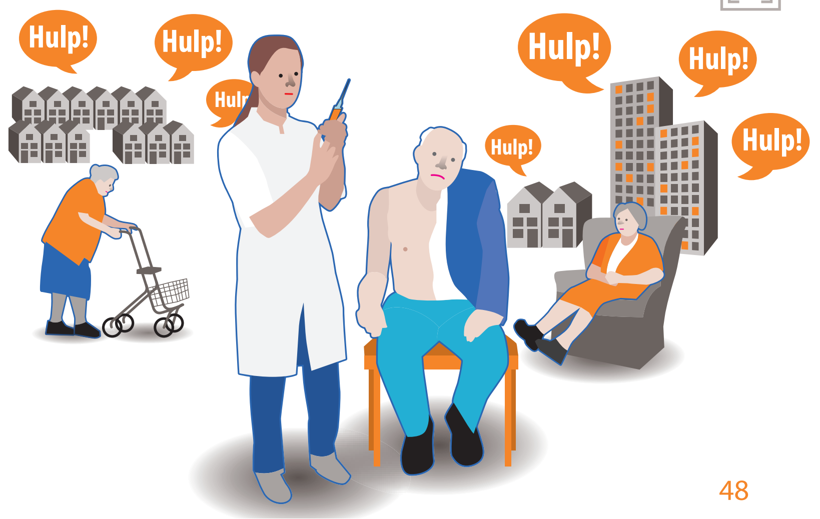
- Een sterke verschuiving van verzorgingshuizen naar thuiszorg.
- Zowel intra- als extramuraal wordt de zorg complexer.
- Samenwerking met andere organisaties in de sociale wijkteams en daarbuiten (interprofessionele samenwerking).
- Indicatiestelling, het organiseren van zorg en het inzetten op preventie.
- Het stimuleren op zelfregie en zelfredzaamheid van cliënten en sturen door mantelzorgers en vrijwilligers.
- Werken met nieuwe hulpmiddelen en ICT-toepassingen, zowel in procesondersteuning als in cliëntondersteuning (e-health, domotica).

Hogere werkdruk

Medewerkers ervaren de afgelopen jaren meer werkdruk (ActiZ, 2015) 'Benchmark in de zorg'-brochure *Verbinding geeft kracht*. Zij geven zelf als belangrijke oorzaken aan een tekort aan personeel en te weinig tijd voor cliënten. Aannemelijk is dat ook andere omstandigheden, zoals de toegenomen complexiteit en vereiste nieuwe competenties, een rol spelen. De uitdaging is om ondanks de werkdruk tijd en capaciteit in te ruimen voor training en scholing van medewerkers.

Te weinig hbo-verpleegkundigen

Er is en blijft naar verwachting een tekort aan hbo-verpleegkundigen. De vraag naar hbo-verpleegkundigen neemt toe vanwege de invulling van de rol van wijkverpleegkundige in sociale wijkteams en de toenemende vraag naar wijkverpleging door extramuralisering en vergrijzing van de bevolking. Het aanbod aan hbo-verpleegkundigen zal niet voldoende zijn om aan de vraag te voldoen, ook doordat andere zorgbranches meer hbo-verpleegkundigen verwachten nodig te hebben. Organisaties zullen zo veel mogelijk medewerkers moeten (op)scholen. Tegelijkertijd is er sprake van een zeer krap financieel macrokader. Organisaties geven aan dat de gecontracteerde tarieven voor de zorg thuis sinds 2011 elk jaar zijn gedaald en dat voor 2016 een verdere daling wordt verwacht (ActiZ, 2015, 'Benchmark in de Zorg'-brochure *Verbinding geeft kracht*)



IV Gehandicaptenzorg

Demografische ontwikkelingen

- Het aantal mensen met een beperking dat gebruikmaakt van professionele ondersteuning neemt gestaag toe. De levensverwachting voor mensen met een aangeboren beperking stijgt nog steeds. Ook het aantal mensen met een niet-aangeboren beperking neemt toe. Aan de andere kant wonen steeds meer mensen met een beperking (grotendeels) zelfstandig in de maatschappij, zij het dat deze voor hen steeds complexer en ingewikkelder wordt. Deze ontwikkelingen houden elkaar enigszins in evenwicht. Wel zal de prevalentie binnen leeftijdscategorieën veranderen.

Sociaaleconomische ontwikkelingen

- Bezuinigingen: het gemiddelde kortingspercentage Wmo ten opzichte van 2014 is 18% en voor jeugd 14% (BMC, 2015).
- De bezuinigingen leiden tot krimp: een ruime meerderheid van instellingen verwacht krimp in 2015 én 2016 (BMC 2015). Dit wordt onderbouwd in de werkgeversenquête 2015. De toekomstverkenning laat in 2016 een stabilisatie zien.
- In 2017 wordt het budget voor de WLZ met 3% gekort. Een ruime meerderheid van de instellingen verwacht dat dit leidt tot een verdere afbouw van het personeelsbestand.

Sociaal-culturele ontwikkelingen

- Er is sprake van een ontwikkeling naar meer eigen regie voor de cliënten.
- Er wordt een groter beroep gedaan op mantelzorgers en vrijwilligers.

Technologische ontwikkelingen

- Technologische ontwikkelingen (e-health) leiden tot nieuwe mogelijkheden voor zorg op afstand.
- Het stimuleren van het gebruik van hulpmiddelen (bijvoorbeeld bewegingssensoren, domotica, robots) kan leiden tot grotere zelfredzaamheid van cliënten en dus tot minder arbeidsinzet.
- ICT-toepassingen rond cliëntinformatie en verantwoording helpen om efficiënter te werken.
- Deze snelle technologische ontwikkeling stelt nieuwe competentie-eisen aan de medewerkers.

Bestuurlijke ontwikkelingen

- Op 1 januari 2015 heeft de transitie van de AWBZ naar de Wlz, Wmo en jeugdzorg plaatsgevonden. De transformatie is echter pas van start gegaan. Deze ontwikkeling loopt in 2016 en 2017 door.
- Het grootste deel van de gehandicaptenzorg (76% van de omzet) is overgegaan van AWBZ naar Wlz. De ingrijpende decentralisatie naar gemeenten (22% van de omzet naar Wmo en Jeugdwet) 2% van de omzet is naar Zvw gegaan (SEO, 2014).
- Deze ontwikkelingen leiden tot versnelde innovaties en nieuwe zorgproducten.
- De scherpe tariefstelling van gemeenten en hoge administratieve lasten nopen instellingen tot aanpassingen en reorganisaties.
- Binnen het sociaal domein zijn vele nieuwe samenwerkingsverbanden ontstaan. Gehandicaptenzorginstellingen werken samen met onder andere instellingen in de GGZ, ouderenzorg, welzijn en de sociale werkvoorziening. Dit leidt tot een zekere mate van branchevermenging.
- De zorgzwaarte binnen de Wlz neemt snel toe.
- De ondersteuning binnen de Wlz wordt vanuit de gedachte van inclusie en kwaliteit van leven zo veel mogelijk kleinschalig vormgegeven.
- De start van het Nationaal Kennisprogramma Gehandicaptenzorg.
- Er is veel aandacht voor het versterken en flexibiliseren van het middelbaar en hoger beroepsonderwijs (onder meer het goed onderhouden van competentieprofielen en de ontwikkeling van verkorte leerwegen en nieuwe opleidingen).

Arbeidsmarktontwikkelingen

De branche gehandicaptenzorg omvat zowel intramurale als extramurale zorg aan mensen met een verstandelijke, lichamelijke, zintuigelijke of meervoudige beperking. Het CBS telde in 2014 1.090 huizen voor verstandelijk gehandicapten, 85 huizen voor lichamelijk gehandicapten en 830 organisaties en zorgverleners die ondersteuning aan gehandicapten

leverden. Het CBS telt hierbij autonome eenheden. Het totaal aantal zorginstellingen dat actief is in de gehandicaptenzorg is dan ook lager dan de optelsom van bovengenoemde eenheden. De website www.zorgopdekaart.nl telt 292 concerns die gehandicaptenzorg leveren.

- Na jaren van groei is het aantal medewerkers in de periode 2013-2014 gedaald als gevolg van reorganisaties en maatregelen die instellingen ter voorbereiding op de transitie hebben doorgevoerd. Dit heeft in deze periode geleid tot een verlies van ruim 8.000 medewerkers. In de eerste drie kwartalen van 2015 is een verdere daling van het aantal werknemers te zien.
- Het aantal fte's is in de periode 2012-2014 met 4,1% gedaald.
- Deze daling is vooral ten koste gegaan van het management, staf en ondersteunend personeel. Het cliëntgebonden personeel is zoveel en zo lang mogelijk ontzien.
- Naar verwachting zal het personeelsbestand in 2015 én 2016 met 3.000 banen verder afnemen
- Het werken in zelfsturende teams betekent dat er minder leiding-gevende functies zijn en betekent een andere manier van werken voor de medewerkers.
- De afbouw van het personeelsbestand is vooraf gerealiseerd door: natuurlijk verloop, het niet verlengen van tijdelijke contracten en vast-stellingsovereenkomsten als onderdeel van sociale plannen.
- Het aandeel werknemers dat jonger is dan 35 is in de jaren 2011 en 2012 iets toegenomen, om in 2013 en 2014 weer te dalen. Dat heeft er wellicht mee te maken dat verhoudingsgewijs meer jongeren dan ouderen hun baan hebben verloren.
- De vernieuwde kwalificatiestructuur in het mbo. Een nieuwe beroepenstructuur kan de wendbaarheid en mobiliteit en daarmee de arbeidsmarktpositie van medewerkers versterken.
- De zorg zal verder extramuraliseren. De intramurale zorg: minder omvangrijk, maar complexer.
- Instellingen ontwikkelen in hoog tempo nieuwe diensten/producten of breiden deze uit. Daarnaast is er sprake van specialisatie en van het afstoten van diensten/producten. In de langdurige zorg wordt het aanbod meer ambulant. Omdat organisaties in hoog tempo veranderen is flexibiliteit nodig.
- Meer aandacht voor activering van het netwerk van de cliënt en het begeleiden van mantelzorgers en vrijwilligers. 40% van de zorg-medewerkers is mantelzorger.
- Een daling van de instroom van leerlingen in de beroepsopleidingen en een tekort aan stageplaatsen.
- Medewerkers ervaren een toenemende werkdruk. Er is behoefte aan maatregelen op het gebied van de balans werk-privé. Er wordt een toename van agressie en veiligheid ervaren.
- Tot 2017: een verdere daling van de werkgelegenheid. Vanaf 2017: herstel van de banengroei.
- De kansen voor werkenden op mbo-niveau 1 en 2 zijn gering. Krimp op niveau 3 (CAOP, 2014, Kiwa Carity, 2015b). Door de verzwaring van het werk en de toenemende zelfstandigheid zal de vraag naar hoger opgeleid personeel van niveau 4 tot 6 toenemen.
- Een onevenwichtige opbouw van het personeelsbestand als gevolg van vergrijzing.

Gehandicaptenzorg – Arbeidsmarktontwikkelingen

	2010	2011	2012	2013	2014
Aantal werknemers	156.774	161.424	166.663	163.266	158.288
Aantal fte's	112.253	115.513	119.299	117.252	114.388
Gemiddelde leeftijd	39,6	39,7	39,8	40,2	40,8
Aandeel < 35	38,2	38,7	38,8	37,7	36,2
Aandeel > 54	13,6	14,6	15,6	17,1	18,6
Aandeel vrouw	82,4	82,3	82,3	82,1	82,2
Verzuim	5,7	5,7	5,4	5,1	5,0
Brutoverloop	8,4 %	8,5 %	8,4 %		
Nettoverloop	7,0 %	7,2 %	6,5 %		

Bron: Onderzoeksprogramma AZW

*Aantal werknemers en fte's, kwartaal 3 2013-kwartaal 3 2015**

	K3 2013	K4 2013	K1 2014	K2 2014	K3 2014	K4 2014	K1 2015	K2 2015	K3 2015
Werknemers	165.132	163.266	160.628	160.473	160.189	158.288	155.386	156.877	156.190
Fte's	118.473	117.252	115.624	115.824	115.701	114.388	112.155	111.830	110.707

*Data 2015 zijn voorlopige cijfers.

Bron: Onderzoeksprogramma AZW



Uitdagingen voor de arbeidsmarkt

IV Gehandicaptenzorg

Voldoende gekwalificeerd personeel

De uitdaging: beschikken over voldoende gekwalificeerd personeel dat wendbaar en flexibel is om kwalitatieve zorg en ondersteuning aan mensen met beperking in het sociaal domein te kunnen bieden. Ter toelichting: nieuwe competenties zijn vereist om te kunnen sturen op zelfregie/autonomie, persoonlijke groei en deelname aan de samenleving, de begeleiding van mantelzorg, (interdisciplinaire) samenwerking, het gebruik van nieuwe technologieën, coördinatie, meer ondernemerschap, zwaardere intramurale zorg. Dit vraagt om wendbare medewerkers, leidt tot flexibilisering van het beroepsonderwijs en betekent grotere scholingsinspanningen voor zittende medewerkers.

Stimuleren duurzame inzetbaarheid

Het stimuleren van de duurzame inzetbaarheid van medewerkers, hierbij extra aandacht voor de oudere leeftijdsgroepen. Er is veel behoefte aan maatregelen op het gebied van de balans werk-privé, veiligheid, alleen werken, werkdruk en mantelzorg.

Instroom en behoud van jongeren

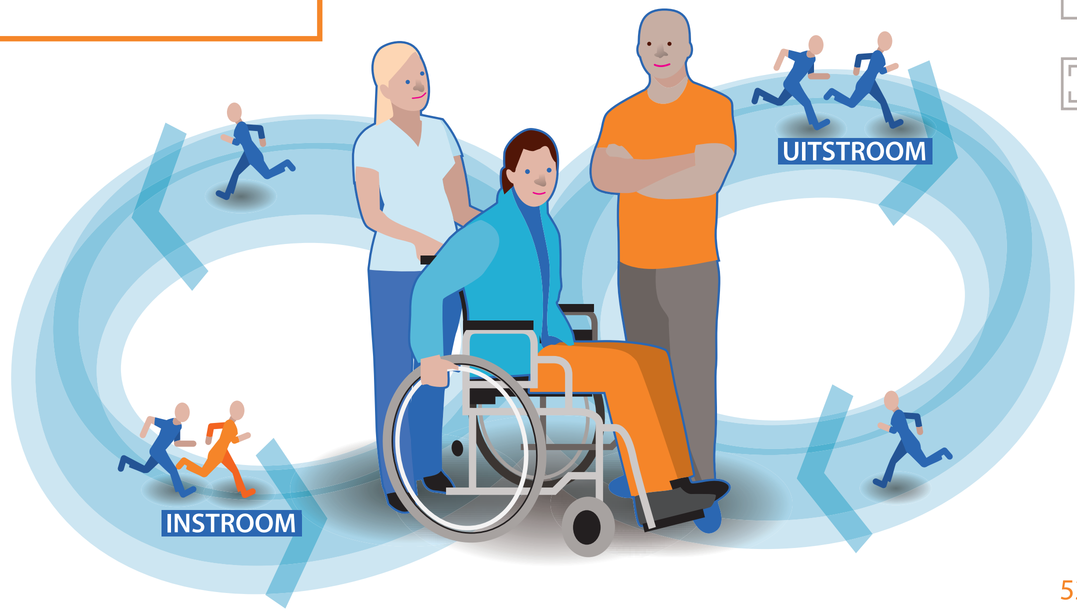
Specifieke aandacht binnen de in- en uitstroom voor de vergrijzing en de uitstroom naar pensioen én de instroom en het behoud van jongeren. De gemiddelde leeftijd stijgt extra hard. Vanaf 2018: een versnelling van de uitstroom naar pensioen. Jongeren krijgen te maken met het beëindigen van tijdelijke contracten. Tegelijkertijd neemt de vraag naar personeel weer toe. Hoe kan voldoende baanperspectief worden geboden aan jongeren om arbeidsmarktknelpunten te voorkomen? Aandacht voor de instroom en het behoud van jongeren. Dit is een van de grootste uitdagingen van de GHZ voor de komende jaren.

Spanningsveld

Spanningsveld: tegemoetkomen aan de verplichtingen vanuit de Participatiewet en tegelijk afscheid moeten nemen van mede - werkers.

Strategische personeelsplanning

Samenhangend met het eerste punt: het is een uitdaging om het totale proces van in- en uitstroom zo te begeleiden dat er steeds voldoende personeel is met de juiste kwaliteit (strategische personeelsplanning). Ter toelichting: de formatie krimpt in de periode 2012-2017 naar verwachting met 6%. Tijdelijke contracten worden vaak niet verlengd. Het voorkomen van gedwongen ontslagen zal in de komende jaren een opgave zijn. Er is in de periode 2012-2017 een arbeidsmarktoverschot bij agogisch personeel. Vanaf 2017: tekorten voor functies op hbo-niveau. De uitstroom van laagopgeleiden op mbo-niveau 1 en 2.



V Huisartsenzorg

Demografische ontwikkelingen

- Een toenemende en complexere zorgvraag door vergrijzing, toename van chronische aandoeningen, comorbiditeit.

Sociaal-culturele ontwikkelingen

- Een ontwikkeling gericht op meer eigen regie en verantwoordelijkheid van de patiënt.
- De mondigheid van patiënten neemt toe
- De verwachtingen van patiënten nemen toe.

Technologische ontwikkelingen

- Technologische ontwikkelingen, waaronder e-health (het Landelijk Schakelpunt, de uitwisseling van patiëntendossiers bij verandering van huisarts, online dienstverlening en contact, de digitale inzage van gegevens door de patiënt, de aanlevering van gegevens door de patiënt, online behandeling). (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2015)

Bestuurlijke ontwikkelingen

- Het onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017 en het hoofdlijnenakkoord 'De eerstelijn verbonden door ontwikkeling' voor de periode 2014-2018, waarin afspraken zijn gemaakt over extra financiële ruimte voor de eerste lijn en de ontwikkeling van een nieuw bekostigingsmodel. Doel is onder andere om te sturen op de verplaatsing van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg.
- Verschuivingen binnen het zorgveld:
  - Van zorg in een medisch-specialistische setting naar zorg in een generalistische setting (van tweede lijn naar eerste lijn).
  - Van intramurale zorg naar extramurale zorg.
  - Verschuivingen in de GGZ.
  - Verschuivingen in de jeugdzorg.
  - Meer samenwerkingsrelaties tussen huisartsenpraktijken onderling, met andere eerstelijns zorgverleners en met de tweede lijn.
  - Meer contact en overleg met andere organisaties in Zorg en WJK, met de wijkverpleegkundige, het wijkteam en de gemeente (ministerie van VWS, 28 oktober 2013).
- In de hervorming van de GGZ is voorzien dat mensen met lichte psychische problematiek en mensen met chronische psychische aandoeningen die stabiel zijn, door de huisarts worden behandeld. Door lange wachttijden in de gespecialiseerde GGZ moeten patiënten met ernstige psychische problematiek in behandeling blijven bij de huisarts (NOS, 2015).

Arbeidsmarktontwikkelingen

Er waren in 2014 ruim vijfduizend huisartsenpraktijken in Nederland (Nivel databank). In 2013 waren er circa 180 gezondheidscentra in Nederland waar huisartsen werkzaam waren (Volksgezondheidenzorg.info).

- Bestaand personeel en meer en andere ondersteuners gaan steeds meer specifieke medische handelingen en andere taken uitvoeren om de huisarts te ontlasten: doktersassistenten, verpleegkundig specialisten, POH Somatiek en POH-GGZ, en praktijkmanagers.
- De branche huisartsenzorg en gezondheidscentra is de enige branche die in de afgelopen jaren steeds een groei laat zien: het aantal werknemers is in de periode 2011-2014 met 10,5% gestegen. Dit heeft ermee te maken dat de huisartsen meer en complexere zorg leveren.
- Het aantal fte's is in dezelfde periode met 11,2% gestegen.
- Het aandeel vrouwen onder werknemers van de huisartsenzorg en gezondheidscentra is hoog in vergelijking met andere branches in Zorg en Welzijn.
- Ruim 90% van de huisartsen heeft een POH GGZ in zijn team opgenomen. De wijze waarop dit geregeld is, wisselt:
  - detachering (60%; een derde daarvan is afkomstig van een GGZ-instelling, een kwart van een zorggroep),
  - in dienst (dienst (25%),
  - inschakeling zzp'er (7%).

Bijna de helft van de huisartsen heeft meer uren POH-GGZ nodig (LHV, 2015).

*Aantal werknemers en fte's, kwartaal 3 2013-kwartaal 3 2015**

	K3 2013	K4 2013	K1 2014	K2 2014	K3 2014	K4 2014	K1 2015	K2 2015	K3 2015
Werknemers	28.357	28.568	28.821	29.297	29.534	29.723	29.973	30.419	30.352
Fte's	19.367	19.464	19.823	20.114	20.251	20.374	20.512	20.713	20.652

*Data 2015 zijn voorlopige cijfers. Bron: Onderzoeksprogramma AZW

Huisartsenpraktijken en gezondheidscentra – arbeidsmarktontwikkelingen

	2010	2011	2012	2013	2014
Aantal werknemers	26.002	26.904	27.538	28.568	29.723
Aantal fte's	17.644	18.319	18.658	19.464	20.374
Gemiddelde leeftijd	41,4	41,8	42,0	42,2	42,6
Aandeel < 35	29,5	28,9	28,7	28,8	28,4
Aandeel > 54	13,7	15,1	16,1	17,4	18,3
Aandeel vrouw	92,3	91,9	91,7	91,7	91,6
Brutoverloop	14,9	15,4	12,9		
Nettoverloop	8,9	9,5	8,1		

Bron: Onderzoeksprogramma AZW

In de tabellen hiernaast zijn enkele gegevens van de huisartsenpraktijken en gezondheidscentra weergegeven. Het aantal werknemers van zowel huisartsenpraktijken als gezondheidscentra is in de periode 2010-2014 in ongeveer dezelfde mate toegenomen. Het aantal fte's van werknemers in huisartsenpraktijken stijgt iets sneller dan het aantal fte's van werknemers van gezondheidscentra. De instroom van het aantal werknemers in huisartsenpraktijken is in het eerste halfjaar van 2015 groter dan de uitstroom (dit blijkt uit maatwerkdata PFZW, niet opgenomen in de tabel). Het aantal werknemers neemt in die periode dus toe. Het saldo van in- en uitstroom van werknemers in gezondheidscentra is licht negatief. Het brutoverloop onder werknemers van huisartsenpraktijken (dus exclusief gezondheidscentra) was 15,1% in 2013 en 16,8% in 2014. Het nettooverloop was in diezelfde jaren respectievelijk 8,1% en 9,3%.

Huisartsenpraktijken

	2010	2011	2012	2013	2014
Werknemers	21.791	22.516	22.876	23.884	24.934
Fte's	14.545	15.079	15.226	16.026	16.922
Gemiddelde leeftijd			41,8	42,0	42,2
Brutoverloop				15,1%	16,8%
Nettoverloop				8,1%	9,3%
Verzuim		3,6	3,6	3,2	3,5

Bron: PFZW, 2013; PFZW, 2014; Onderzoeksprogramma AZW; bewerking Kiwa Carity

Gezondheidscentra

	2010	2011	2012	2013	2014
Werknemers	4.211	4.388	4.662	4.684	4.789
Fte's	3.099	3.240	3.432	3.438	3.452

Bron: Onderzoeksprogramma AZW; bewerking Kiwa Carity



Uitdagingen voor de arbeidsmarkt

V Huisartsenzorg

Aanhoudend tekort ondersteunend personeel

Weliswaar zet de licht dalende trend in het percentage openstaande vacatures bij doktersassistenten van de afgelopen jaren zich voort, maar het percentage is nog altijd hoger dan gemiddeld in de zorg. Het percentage openstaande vacatures ligt bij de POH-S op 6%. Dit wijst op een aanhoudend aanzienlijk tekort. Het is dan ook de uitdaging voldoende gekwalificeerd ondersteunend personeel te werven. Het sectorplan huisartsenzorg is hierop gericht.

Verandering takenpakket

Door de groeiende schaalgrootte en verdergaande samenwerking tussen de eerstelijns- en de tweedelijnszorg zijn planning, regie en logistiek belangrijker geworden in het takenpakket. Medewerkers werken steeds vaker voor meerdere praktijkhouders. Ondersteunende functies vragen hierdoor meer zelfstandigheid, oordeelsvorming en organisatietalent dan in het verleden.

Hogere eisen

De technologische ontwikkelingen stellen steeds hogere eisen aan de medewerkers.

Kernteam huisartsenpraktijk

De toekomstvisie van NHG en LHV: de huisarts (academisch niveau), praktijkverpleegkundige (hbo-niveau) en praktijkassistente (mbo-niveau) als kernteam in de huisartsenpraktijk, waarvan ook de praktijkondersteuner-GGZ (hbo-niveau) in toenemende mate deel uitmaakt. Partijen maken afspraken om de overgang van POH-S naar praktijkverpleegkundige zo soepel mogelijk te laten verlopen; beide functies zullen de komende jaren naast elkaar bestaan

Zorgvraag groeit en wordt complexer

De zorgvraag groeit en wordt complexer door demografische ontwikkelingen en door de transities. Er zijn daardoor steeds meer en hoger opgeleide ondersteuners in de huisartsenpraktijk nodig.



VI Welzijn en maatschappelijke dienstverlening

Demografische ontwikkelingen

- De toename van het aantal ouderen, van ouderen met chronische aandoeningen en van de levensverwachting leidt tot een grotere hulpvraag.
- De toename van het aantal alleenstaande ouderen en kinderloze ouderen leidt tot een grotere hulpvraag.

Sociaaleconomische ontwikkelingen

- In de afgelopen jaren hebben gemeenten bezuinigd op welzijnswerk. De welzijnsbranche wordt hoofdzakelijk gefinancierd door gemeenten en heeft al jaren te maken met gemeentelijke bezuinigingen. Het budget daalt gemiddeld per jaar met 4%. Dit verschilt echter sterk per gemeente/regio (Kiwa Carity, 2015b).
- De recessie van de afgelopen jaren heeft geleid tot meer mensen in een uitkeringssituatie, meer armoede en schuldenproblematiek. Armoede leidt vaak tot financiële problemen en betalingsachterstanden, waardoor een groter beroep op welzijnswerk en schuldhulpverlening wordt gedaan.

Sociaal-culturele ontwikkelingen

- Ontwikkeling naar meer eigen regie, gebruikmaken van eigen kracht. Bijdragen aan de ondersteuning in de richting van zelfregie en eigen verantwoordelijkheid.
- De complexiteit van het werk neemt toe. Plattelandsgemeenten krijgen steeds meer te maken met grootstedelijke problematiek: de toenemende problematiek van jongeren op sociaal-emotioneel vlak, alcohol- en drugsgebruik en maatschappelijk onaangepast gedrag. Het aantal multiproblemgezinnen neemt toe.
- In de sector wordt steeds meer gewerkt met vrijwilligers (FCB, zonder datum).
- Er wordt meer gebruikgemaakt van ondernemingen die maatschappelijk betrokken willen ondernemen.
- Een toename van het aantal vluchtelingen/asielzoekers die maatschappelijke opvang behoeven.

Bestuurlijke ontwikkelingen

- De bezuinigingen en hervormingen versnellen de verschuiving van residentiële, intramurale zorg naar extramurale, ambulante zorg. Door het stimuleren van de eigen kracht van mensen verschuift een deel van het werk van zorg naar welzijn. Sociaal werkers vormen een belangrijke schakel bij dagbesteding, begeleiding en ondersteuning van mensen in hun zelfredzaamheid (Wmo), bij maatschappelijke participatie (Participatiewet) en bij het zo lang mogelijk zelfstandig thuis blijven wonen (ouderen die langer thuisblijven, mensen met een beperking en/of met psychische problemen die zijn aangewezen op beschermd wonen, jeugd).
- Door de ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers in de Wmo 2015 op te nemen is de positie van mantelzorgers versterkt. Welzijnsinstellingen werken meer dan voorheen samen met mantelzorgers en vrijwilligers (CAOP, 2015a).
- Gemeenten kiezen veelal voor de introductie van sociale wijkteams om op basis van een intensieve samenwerking tussen zorg, jeugdzorg en welzijn een integraal aanbod aan burgers te kunnen doen. Hiertoe streven zij ook naar ontschotting van budgetten. Bij circa twee derde van de werkgevers in de WMD leiden de veranderingen tot vergaande samenwerking met andere aanbieders (CAOP, 2015a). Binnen het sociaal domein vervagen de grenzen tussen welzijn, verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg, GGZ en jeugdzorg en gemeenten (die zelf ook vaak deelnemen aan de sociale wijkteams).
- Welzijnsorganisaties zijn een belangrijke partner van sociale wijkteams. Nadruk op preventief en vroegtijdig ingrijpen en het tegengaan van onnodig problematiseren en etiketteren.
- Om de transities 'zacht te laten landen' zijn er afspraken gemaakt met zorgaanbieders (Panteia, SEOR & E,til, 2014), waardoor welzijnsorganisaties in 2015 niet altijd dezelfde kansen krijgen in het sociaal domein.

Technologische ontwikkelingen

- Technologische ontwikkelingen hebben meerdere effecten op de branche: voor ouderen is het moeilijk om 'bij te blijven'. Voor het bereiken van jongeren zijn sociale media onmisbaar. Nieuwe problematiek (veilig internetgebruik voor kinderen, internetpesten,gameverslaving et cetera) doet zich voor.

Arbeidsmarktontwikkelingen

De branche welzijn en maatschappelijke dienstverlening is zeer divers samengesteld: de branche omvat onder andere maatschappelijke opvang met overnachting, welzijnszorg voor ouderen, jeugd- en jongerenwerk, peuterspeelzaalwerk, maatschappelijk werk, buurtwerk, sociaal raadslieden, schuldhulpverlening en de opvang van asielzoekers en vluchtelingen. Er waren eind 2014 circa 2.090 werkgevers actief met welzijn en maatschappelijke dienstverlening als kernactiviteit (opgave van PFZW).

- Het verloop in de branche WMD is hoog in vergelijking met andere branches. De daling van het aantal werknemers in 2012 is terug te zien in de toename van zowel het netto- als het brutoverloop in 2012.

De belangrijkste verschuivingen in de periode 2015-2019 zijn de volgende:

- Een lichte stijging van het aandeel verplegend, verzorgend en sociaal agogisch personeel ten opzichte van de overige functies, bijvoorbeeld management en ondersteunend personeel (een toename van 69,5% naar 72%).
- Deze toename van het aandeel verplegend, verzorgend en sociaal agogische personeel komt vooral ten goede aan de sociaal agogisch opgeleiden op niveau 6. Het aandeel hbo-opgeleiden zal nog verder stijgen door hogere eisen aan de kwalificatie en competenties van het personeel.

Een derde deel van de werknemers in de WMD vindt dat agressie en geweld in de afgelopen jaren is toegenomen. Meestal gaat het om verbale agressie, daarnaast komen ook pesten, intimidatie en fysieke agressie voor. De uitdaging is incidenten zoveel als mogelijk te voorkomen.

Welzijn en maatschappelijke dienstverlening – Arbeidsmarktontwikkelingen

	2010	2011	2012	2013	2014
Aantal werknemers	77.608	76.184	72.322	67.633	67.871
Aantal fte's	56.956	55.883	53.337	49.719	50.416
Gemiddelde leeftijd	42,5	42,7	42,9	42,8	42,9
Aandeel < 35	29,1	29,2	29,4	29,7	30,0
Aandeel > 54	19,2	20,4	21,2	21,6	22,5
Aandeel vrouw	75,1	75,3	75,6	75,6	75,4
Verzuim	5,8	5,9	5,6	5,0	4,9
Brutoverloop	15,6%	16,1%	18,1%		
Nettoverloop	14,3%	14,9%	16,6%		

Bron: Onderzoeksprogramma AZW

*Aantal werknemers en fte's, kwartaal 3 2013-kwartaal 3 2015**

	K3 2013	K4 2013	K1 2014	K2 2014	K3 2014	K4 2014	K1 2015	K2 2015	K3 2015
Werknemers	68.629	67.633	67.670	68.012	68.156	67.871	67.077	67.671	66.858
Fte's	50.350	49.719	50.077	50.397	50.542	50.416	49.804	49.936	49.544

*Data 2015 zijn voorlopige cijfers.

Bron: Onderzoeksprogramma AZW

Uitdagingen voor de arbeidsmarkt

VI Welzijn en maatschappelijke dienstverlening

Kansen op diverse terreinen

Hoewel de bezuinigingen nog verder doorzetten, zagen experts in 2014 ook kansen voor de WMD-organisaties. Deze kansen liggen op een aantal terreinen:

- de verschuiving van zorg naar welzijn;
- de (mogelijk) grotere nadruk op preventie;
- de grotere overlap met andere branches in Zorg en Welzijn, waardoor de doelgroep voor de welzijnsbranche groter wordt (Kiwa Carity, 2015b).

In 2015 valt op dat 'welzijn' deze kansen ook pakt. Een op de zes medewerkers zit in een wijkteam (CAOP 2015b).

Innovatief en ondernemend

Organisaties blijven afhankelijk van financiële middelen van en prioritering door gemeenten. Het is een uitdaging om innovatief en ondernemend in te spelen op nieuwe mogelijkheden. 71,5% van de werkgevers zegt scholing van medewerkers in te zetten als maatregel in verband met de hervormingen en bezuinigingen (CAOP 2015a)

Andere competenties

De veranderingen vragen om andere competenties van de medewerkers waarop zij bijgeschoold moeten worden.

- Veranderingen in het werk zelf:
  - de complexiteit neemt toe: zwaardere problematiek;
  - andere taken (stimuleren van eigen kracht, indicering);
  - andere functies (generalist, buurtwerker);
  - de toename van agressie (meestal verbale agressie, maar ook pesten, intimidatie en fysieke agressie).
- Veranderingen in de werkomgeving:
  - een andere omgeving (in de wijk en aan de keukentafel in plaats van op kantoor).
  - meer interprofessionele samenwerking in de eerste lijn;
  - samenwerking met steeds meer vrijwilligers en mantelzorgers.

Hogere werkdruk

Het merendeel van de werknemers (79%) en van de werkgevers (67%) geeft aan dat de werkdruk is toegenomen. Ruim een derde deel van de werknemers ervaart nu een (veel) te hoge werkdruk, terwijl de werkgerelateerde vitaliteit is afgenomen. Bijna de helft van de werkgevers verwacht een verdere toename van de werkdruk (Panteia 2013, CAOP 2015a - 2015b)



VII Jeugdzorg

Jeugdzorg is het bieden van ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen, ouders, en anderen die een jeugdige opvoeden bij opgroei- en opvoedingsproblemen. Deze ondersteuning heeft als doel om:

- de problemen te verminderen, te stabiliseren of op te heffen;
- om te gaan met de gevolgen van psychosociale- of gedragsproblemen van de jeugdige.

Demografische ontwikkelingen

- Demografie: het aantal 0- tot 20-jarigen daalt de komende jaren (CBS Statline, 18 december 2014c). Er is een toename van allochtone jongeren.

Sociaaleconomische ontwikkelingen

- De overheid bezuinigt op de jeugdzorg: een korting van 4% in 2015 oplopend tot 15% in 2017 (ministeries van VWS en VenJ, 5 december 2013).
- Per 1 januari 2016 wordt de ouderbijdrage in de jeugdhulp afgeschaft (VWS-nieuwsbericht 13 november 2015).

Sociaal-culturele ontwikkelingen

- Plattelandsgemeenten krijgen steeds meer te maken met grootstedelijke problematiek; een toenemende problematiek van jongeren op sociaal-emotioneel vlak, met alcohol- en drugsgebruik en maatschappelijk onaangepast gedrag. Het aantal multiproblemgezinnen neemt toe. De complexiteit van het werk neemt daardoor toe.
- Een toename van agressie (CAOP, 2015b).

Bestuurlijke ontwikkelingen

- De Jeugdwet: de decentralisatie naar gemeenten heeft betrekking op alle onderdelen van de jeugdzorg (de jeugdzorg die een verantwoordelijkheid was van de provincie, de gesloten jeugdzorg onder regie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, de jeugd-GGZ die onder de ZVW viel, de zorg voor lichtverstandelijk gehandicapte jongeren op basis van de AWBZ en de jeugdbescherming en jeugdreclassering van Veiligheid en Justitie).
- Gemeenten zijn verantwoordelijk voor jeugdzorg, maar zij voeren een aantal taken uit in 41 regionale samenwerkingsverbanden van gemeenten voor jeugdzorg. Taakverdeling:
  - eerstelijnstaken: lokaal, in de eigen gemeente;
  - ambulante hulp: soms lokaal, soms in de regio's;
  - specifieke jeugdhulp (zoals jeugd-GGZ en jeugdzorg): vooral in de regio's;
  - jeugdbescherming en jeugdreclassering: regionaal of bovenregionaal;
  - gesloten jeugdzorg: bovenregionaal.
- De relatie met andere transities: samenwerking in het kader van één gezin, één plan, één regisseur. Doordat gemeenten transities samen oppakken en gemeenten een nieuw sociaal domein ontwikkelen, hebben jeugdzorgorganisaties ook te maken met de transitie zorg naar Wmo.
- De vormgeving van de nieuwe opdrachtgever-opdrachtnemer-relatie tussen gemeenten en organisaties vergt veel inspanning.
- De gemeenten hebben sociale wijkteams (voor alle levensfasen) opgericht. Soms participeren jeugdzorgwerkers in het team, in andere teams worden ze als specialist bij een casus gehaald. In andere gevallen zijn voor jeugd aparte jeugdteams ingericht. Binnen het sociaal domein vervagen de grenzen tussen verpleging en verzorging, welzijn, gehandicaptenzorg, GGZ en jeugdzorg.
- Vanaf 1 januari 2015 moeten alle organisaties die een nieuwe kinderbeschermingsmaatregel of jeugdreclassering uitvoeren, gecertificeerd zijn.
- Veel reorganisaties in 2015. Specialisatie én afstoting van bepaalde diensten en producten. Hoge frictiekosten (ontslagvergoedingen, opleidingen, wachtgeld en WW). (CAOP, 2015a).
- De Wet passend onderwijs: het is belangrijk dat jeugdzorg samenwerkt met samenwerkingsverbanden passend onderwijs op het gebied van preventie, signalering, ondersteuning et cetera.

Arbeidsmarktontwikkelingen

De branche jeugdzorg bestaat uit gecertificeerde instellingen voor jeugdbescherming en jeugdreclassering en uit organisaties voor jeugd- en opvoedhulp. Het CBS telde in 2014 315 instellingen voor jeugdzorg met overnachting en 825 zorgverleners en organisaties die ambulante jeugdzorg leverden. Er waren in 2014 circa 170 werkgevers actief met jeugdzorg als kernactiviteit (opgave van PFZW).

Jeugdzorg – Arbeidsmarktontwikkelingen

	2010	2011	2012	2013	2014
Aantal werknemers	34.213	32.894	32.472	31.433	29.858
Aantal fte's	28.622	27.410	27.065	26.332	25.113
Gemiddelde leeftijd	39,0	39,6	39,8	40,3	40,8
Aandeel < 35	42,0	40,0	39,5	37,4	35,2
Aandeel > 54	12,0	13,4	14,1	15,5	16,7
Aandeel vrouw	75,4	75,7	76,6	77,2	77,2
Verzuim	5,4	5,3	5,3	5,3	5,3
Brutoverloop	11,8%	10,8%	12,2%		
Nettoverloop	10,3%	10,0%	10,7%		

Bron: Onderzoeksprogramma AZW

Aantal werknemers en fte's, kwartaal 3 2013-kwartaal 3 2015*

	K3 2013	K4 2013	K1 2014	K2 2014	K3 2014	K4 2014	K1 2015	K2 2015	K3 2015
Werknemers	31.687	31.433	30.766	30.588	30.434	29.858	28.395	28.361	28.095
Fte's	26.542	26.332	25.853	25.739	25.623	25.113	23.923	23.800	23.507

*Data 2015 zijn voorlopige cijfers.
Bron: Onderzoeksprogramma AZW

- De belangrijkste verschuivingen in de periode 2015-2019 zijn de volgende:
  - Het aandeel verplegend, verzorgend en sociaal agogisch personeel in verhouding tot overig personeel neemt toe.
  - Dit aandeel komt vooral ten goede van de agogisch opgeleiden op niveau 6 (Kiwa Carity, 2015b).
- Veel werkgevers snijden in ondersteunende functies, zoals staf en management, administratief en ICT-personeel, personeel in de facilitaire dienst (CAOP, 2015a).
- De vorming van zelfsturende teams.
- Een toename van opscholing naar hbo-niveau. Opscholing kan onder meer gerealiseerd worden door een EVC-traject te volgen. Zo heeft 40% van de medewerkers in de jeugdzorg op mbo-niveau zich met een EVC-traject gecertificeerd voor een functie op hbo-niveau (opgave FCB).

Uitdagingen voor de arbeidsmarkt
VII Jeugdzorg

Krimp

Er is sprake van een forse krimp door bezuinigingen.

Transformatie

De transformatie is nog maar net gestart en zal in de komende periode verder moeten worden geïmplementeerd. Gevolgen: de noodzaak om met minder doen meer resultaat te behalen, zoeken naar creatieve oplossingen, innovatie. De veranderingen vragen om andere competenties van de medewerkers.

Hogere werkdruk

Het merendeel van de werknemers (83%) en van de werkgevers (86%) geeft aan dat de werkdruk is toegenomen. Ruim 40% van de werknemers ervaart nu een (veel) te hoge werkdruk, terwijl de werkgerelateerde vitaliteit is afgenomen. Een derde van de werkgevers verwacht een verdere toename van de werkdruk. (Panteia 2013, CAOP 2015a, CAOP 2015b,).

Veranderingen in het werk zelf

- integraal werken;
- intern kwaliteitsdenken, andere eisen van gemeenten leiden tot een grotere behoefte aan generalisten met hbo-competenties (Kiwa Carity, 2015b);
- cliëntgericht werken; sturing op zelfregie en het coachen van mantelzorgers en vrijwilligers vraagt om nieuwe vaardigheden van de medewerkers;
- Klantgericht en ondernemend werken en dergelijke.

Veranderingen in de werkomgeving

- minder residentieel en meer ambulante begeleiding, meer zelfstandig werken en zelfstandig beslissen; tegelijkertijd zijn medewerkers kwetsbaarder geworden door tuchtrecht;
- meer zelfsturende teams;
- in een (wijk)netwerk: samenwerken met professionals uit andere branches/ wijkteams (professionele autonomie, netwerken en kennisdelen);
- een verdere digitalisering;
- creëren van een veilige werkomgeving.

De veranderingen vragen om een sterke rol van professionals, die wendbaar zijn en breed inzetbaar en die een reflectieve houding hebben. Zij werken continu aan hun vakmanschap in een organisatiecultuur waarin scholing wordt gestimuleerd.



VIII Kinderopvang

Demografische ontwikkelingen

- Een stijging van het aantal kinderen van 0 tot 3 jaar vanaf 2016. De daling van het aantal 4- tot 12-jarigen zal, in combinatie met de bezuinigingen van de afgelopen jaren, leiden tot minder vraag naar buitenschoolse opvang (BSO).

Sociaaleconomische ontwikkelingen

- Sterke bezuinigingen, hogere eigen bijdragen voor ouders en een hogere werkloosheid door economische krimp hebben geleid tot vraaguitval en verlies van werkgelegenheid. In 2014 is de vraaguitval minder, in 2015 ontstaat wellicht lichte groei.
- Vanaf 2016 trekt het kabinet 290 miljoen euro structureel extra uit voor verhoging van de kinderopvangtoeslag.
- Daarnaast investeert het kabinet 60 miljoen euro structureel in de opvang van peuters. Het is nog niet duidelijk hoe deze middelen ingezet gaan worden.
- In het tweede kwartaal van 2015 maken meer kinderen gebruik van kinderopvang dan in het tweede kwartaal van 2014 en ten opzicht van het eerste kwartaal van 2015.
- Het aantal uren per kind is in het tweede kwartaal van 2015 gedaald ten opzichte van het tweede kwartaal van 2014 en ten opzichte van het eerste kwartaal van 2015.
- Het aantal locaties voor buitenschoolse opvang neemt af sinds 2012; het aantal locaties voor dagopvang opvang neemt toe, maar dit wordt vooral verklaard door de omvorming van peuterspeelzalen tot kinderdagverblijf (zie 'Bestuurlijke ontwikkelingen'). (Brancheorganisatie Kinderopvang, 2014).

Sociaal-culturele ontwikkelingen

- Door incidenten in de kinderopvang is er nieuw beleid op het gebied van veiligheid, bijvoorbeeld op het gebied van personenscreening en de meldplicht bij de vertrouwensinspecteur. Meer aandacht voor het creëren van een open aanspreekcultuur (ministerie van SZW, 17 november 2014). Vanaf mei 2016 worden alle personen die op basis van de Wet kinderopvang over een Verklaring Omtrent het Gedrag (VOG) moeten beschikken, continu gescreend op strafbare feiten.

Bestuurlijke ontwikkelingen

- Het kabinetsbesluit tot een nieuwe financieringssystematiek voor de kinderopvang: vanaf 1 januari 2018 bekostigt de rijksoverheid kinderopvanginstellingen rechtstreeks en ouders betalen een ouderbijdrage waarvan de hoogte afhangt van hun vastgestelde inkomen (ministerie van SZW & ministerie van OCW, 5 juni 2015).
- Per 2017 aanpassing van de kwaliteitseisen voor dagopvang en BSO in de wet- en regelgeving: Heldere pedagogische doelen, investeren in de kwaliteit van beroepskrachten, beter toezicht (ministerie van SZW, 7 juli 2015).
- VNG en GGD GHOR Nederland ontwikkelen een nieuw toezichtkader en een nieuwe werkwijze voor de toezichthouders en handhavers.
- Het kabinet zet in op een verdere structurele kwaliteitsverhoging binnen de voorschoolse voorzieningen, waarbij meer aandacht is voor de ontwikkeling van kinderen en een betere samenwerking tussen scholen en voorschoolse voorzieningen (ministerie van SZW, 17 juni 2014). De volgende elementen zijn in dit toekomstbeeld van belang:
  - structurele scholing van pedagogisch medewerkers gericht op onder meer het ontwikkelingsgericht werken met kinderen en kennis van de jeugdzorgketen;
  - een betere mix van mbo- en hbo-functies op de werkvloer; voor pedagogisch medewerkers zijn er zowel functies op mbo- als op hbo-niveau, met bijpassende salariëring voor nieuwe functies;
  - een goede en gelijkwaardige samenwerking tussen basisscholen en voorschoolse voorzieningen;
  - het structureel volgen van de ontwikkeling van kinderen;
  - ontwikkelingsgericht werken.
- De harmonisatie van peuterspeelzaalwerk en dagopvang. Sinds 1 januari 2015 gelden voor medewerkers in de kinderopvang en peuterspeelzalen dezelfde regels (onder andere voor aantal medewerkers op groepen met 2- en 3-jarigen en vanaf 1 juli 2015 het

vierogenprincipe). De harmonisatie moet uiteindelijk leiden tot één voorziening voor kinderen van 0 tot 4 jaar.

- Gemeenten gaan de afgelopen jaren steeds vaker over tot omvorming van hun peuterspeelzalen naar kinderopvang (ministerie van SZW, 21 november 2014). De peuterspeelzaalleidsters moeten zich kwalificeren voor de kinderopvang. Voor het personeel als geheel betekent dit ook een overgang naar een andere cao.
- In 2015 moet 90% van de VVE-medewerkers voldoen aan de taaleis 3F (mbo-niveau 4).
- Kinderopvang en basisonderwijs werken steeds meer met elkaar samen om een ononderbroken ontwikkeling van kinderen mogelijk te maken en leerachterstanden weg te nemen. Dit vertaalt zich onder meer in een sterke groei van het aantal brede scholen/integrale kindcentra. Meer dan een kwart van de basisscholen is betrokken bij een brede school of integraal kindcentrum (Regioplan 2014).
- Vergaande vormen van samenwerking, zoals integrale kindcentra, zijn in opkomst, soms als vervolgstap op een andere samenwerkingsvariant. Verdergaande samenwerking vraagt om creatieve oplossingen om verschillen tussen de sectoren in cao's en wet- en regelgeving te overbruggen (CAOP, 2013).
- Verschillende kinderopvangorganisaties hebben met gemeenten en jeugdzorginstellingen afspraken gemaakt over de invulling van de verschillende taken en verantwoordelijkheden en de samenwerking op het gebied van jeugdzorg. De kinderopvang wordt gezien als een belangrijke samenwerkingspartner voor jeugdzorg bij preventie en bij het signaleren van (ontwikkelings)achterstanden en mishandeling (Brancheorganisatie Kinderopvang, 2014).

Arbeidsmarktontwikkelingen

In 2014 waren er 2.862 organisaties actief in de kinderopvang. Dat waren er 330 minder dan in het jaar daarvoor (www.kinderopvang.nl).

- Het aantal werknemers in de kinderopvang is in de periode 2010-2014 met 23% fors gedaald, als gevolg van vraaguitval die werd veroorzaakt door bezuinigingen, hogere eigen bijdragen voor ouders, een hogere werkloosheid en daling van de koopkracht.
- Het aantal fte's daalde in die periode nog sterker, namelijk met 28%. De deeltijdfactor in de branche is daarmee afgenomen.
- Met een gemiddelde leeftijd van 35,5 jaar in 2014 is de kinderopvang de branche met de laagste gemiddelde leeftijd binnen Zorg en Welzijn. Het aandeel werknemers dat jonger is dan 35 is in de afgelopen twee jaar wel forser gedaald dan in de jaren daarvoor. Dat heeft er wellicht mee te maken dat verhoudingsgewijs meer jongeren dan ouderen hun baan hebben verloren.
- Met 95,4% heeft de kinderopvang het hoogste aandeel vrouwen in vergelijking met andere branches in Zorg en Welzijn.
- De daling van het aantal werknemers in de kinderopvang in 2012 is terug te zien in een stijging van het verloop in 2012.
- In het eerste halfjaar van 2015 is de uitstroom van het aantal werknemers groter dan de instroom. Het aantal werknemers is in die periode iets afgenomen.
- Met de verhoging van de kinderopvangtoeslag vanaf 2016 komen er in de kinderopvang weer banen bij.
- Vanwege de toename van het aantal jonge kinderen zal de behoefte aan kinderopvang vanaf 2017 weer toenemen.
- Het accent op het primaire proces leidt in de samenstelling van het personeelsbestand tot een relatieve afname van staf- en overheadfuncties (Kiwa Carity 2015b).
- Daarnaast vindt een verschuiving van kwalificatieniveau 2 en 3 bij de agogische functies plaats, vooral naar niveau 4, maar ook naar niveau 6 (Kiwa Carity 2015b).
- Er is sprake van een overschot in aanbod aan goed geschoold personeel (Kiwa Carity 2015b).
- Mogelijkheden en kansen en daarmee groeiende werkgelegenheid ontstaan door een verbreding van het werkveld in de kinderopvang naar onderwijs en welzijn:
  - De toenemende integratie van kinderopvang en school stelt andere eisen aan de kinderopvangmedewerkers. Hierdoor vindt verbreding plaats in het takenpakket van de kinderopvangmedewerkers, maar ook functiedifferentiatie komt voor. Hierdoor lijkt niveau 4 en 6 toe te nemen ten koste van niveau 3 (Kiwa Carity 2015b).

- Ook vindt op sommige plaatsen integratie plaats met 'welzijn'. Dit geldt vooral voor dunbevolkte gebieden waar in de kleine kernen geen plek is voor een zelfstandige kinderopvang. Een combinatie met welzijnstaken biedt dan soms uitkomst (Kiwa Carity 2015b).

- Vanwege de verhoging van de kwaliteitseisen vanaf 2017 is scholing nodig op het gebied van de ontwikkeling van kinderen. Er is specifieke scholing nodig voor medewerkers voor de verzorging van baby's. Er zijn minder wisselingen van medewerkers op een babygroep.

Kinderopvang – Arbeidsmarktontwikkelingen

	2010	2011	2012	2013	2014
Aantal werknemers	93.214	97.651	90.270	79.487	75.262
Aantal fte's	65.546	68.165	61.886	53.033	49.054
Gemiddelde leeftijd	33,2	33,5	34,2	35,0	35,5
Aandeel < 35	61,4	60,9	58,5	55,7	54,1
Aandeel > 54	5,7	6,2	7,2	8,2	8,8
Aandeel vrouw	95,3	95,2	95,4	95,6	95,4
Verzuim	5,2	5,4	4,7	5,1	5,1
Brutoverloop	13,5%	14,0%	17,5%		
Nettoverloop	9,0%	9,9%	14,7%		

Bron: Onderzoeksprogramma AZW

*Aantal werknemers en fte's, kwartaal 3 2013-kwartaal 3 2015**

	K3 2013	K4 2013	K1 2014	K2 2014	K3 2014	K42014	K1 2015	K2 2015	K3 2015
Werknemers	81.714	79.487	77.452	76.823	75.640	75.262	74.571	73.958	73.217
Fte's	54.894	53.033	51.241	50.731	49.730	49.054	47.786	46.680	45.807

*Data 2015 zijn voorlopige cijfers.
Bron: Onderzoeksprogramma AZW

Uitdagingen voor de arbeidsmarkt

VIII Kinderopvang

Vernieuwing

Vernieuwing door:

- herijking van de kwaliteitseisen: dit stelt nieuwe eisen aan pedagogische medewerkers en houders;
- het onderbrengen van de peuterspeelzalen in Wet kinderopvang;
- de samenwerking met het primair onderwijs (brede scholen, kindcentra) en jeugdzorg;
- de veranderingen in het gemeentelijke domein en de regisserende rol die de gemeenten in toenemende mate op zich nemen.

Toegenomen werkdruk

Het merendeel van de werknemers (83%) en van de werkgevers (86%) geeft aan dat de werkdruk is toegenomen. De helft van de werknemers ervaart nu een (veel) te hoge werkdruk, terwijl de werkgerelateerde vitaliteit is afgenomen. Bijna de helft van de werkgevers verwacht een verdere toename van de werkdruk (Panteia 2013, CAOP 2015a, 2015b).

Ondersteuning

Om de vernieuwing te kunnen realiseren, is het van belang dat medewerkers ondersteund worden op de volgende aspecten:

- de versterking van de pedagogische kwaliteit;
- de samenwerking met andere organisaties (primair onderwijs, jeugdzorg): het ontwikkelen van gedeelde kaders die de verschillende werkvelden typeren en daarbij benodigde deskundigheden: generieke pedagogische deskundigheid, interprofessionele deskundigheid en de competentie om samen te werken met ouders en vrijwilligers;
- het werken aan veiligheid;
- de verschuiving van niveau 3 naar niveau 4 voor een deel van de medewerkers.



Gebruikte afkortingen

AER	Arbeidsmarkteffectrapportage
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AZW	Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn
Bbp	Bruto binnenlands product
BSO	Buitenschoolse opvang
COA	Centraal Orgaan opvang asielzoekers
CPB	Centraal Planbureau
DUO	Dienst Uitvoering Onderwijs, ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
EBB	Enquête beroepsbevolking van het Centraal Bureau voor de Statistiek
FCB	Fonds van werknemers- en werkgeversorganisaties, stimuleert de ontwikkeling van het werk in welzijn, jeugdzorg en kinderopvang
GBGGZ	Generalistische Basis GGZ
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GHC	Gezondheidscentrum
HA	Huisartsenpraktijk
Hbo	Hoger beroepsonderwijs
HHT	Huishoudelijke Hulp Toelage
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
Mbo	Middelbaar Beroepsonderwijs
Ministerie van SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
Ministerie van VenJ	Ministerie van Veiligheid en Justitie
Ministerie van VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
MTO	Medewerkertevredenheidsonderzoek
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlands Zorgautoriteit
POH-GGZ	Praktijkondersteuner Huisarts-Geestelijke Gezondheidszorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SBB	Samenwerkingsorganisatie Beroepsonderwijs Bedrijfsleven
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
SEOR	Economisch onderzoeksbureau gelieerd aan de Erasmus Universiteit Rotterdam
SPV	Sociaal psychiatrisch verpleegkundige
TBS-opleggingen	Terbeschikkingstellingopleggingen
Umc's	Universitair medische centra
V&V-instellingen	Instellingen/zorgaanbieders verpleging en verzorging
V&VN	Beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
VVE	Vroeg- en voorschoolse educatie
VVT	Verpleging, verzorging en thuiszorg
VWNW-traject	Van-werk-naar-werktraject
Wajong	Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten
WJK	Welzijn, jeugdzorg en kinderopvang
Wlz	Wet langdurige zorg
WMD	Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WSW	Wet sociale werkvoorziening
Wwb	Wet werk en bijstand
Z&W	Zorg & Welzijn
ZBC	Zelfstandige behandelcentra
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP1, ZZP2, ZZP3	Zorgzwaartepakket-indicaties

Literatuur

ActiZ (2015). *Verbinding geeft kracht. Inzichten vanuit de Benchmark in de Zorg.* www.actiz.nl/nieuws/website/nieuws/2015/10/ouderen-en-thuiszorg-krijgt-ondanks-transitie-hoge-waardering-van-clienten

BMC (2015). *Rapport Monitor Sociaal Domein Wmo en Jeugd. Meting 3: Kwantitatief en kwalitatief – maart 2015.* Utrecht: VGN. www.vgn.nl/artikel/22453

BDO (2015). 2015: *Jaar van de Waarheid. BDO-Benchmark Ziekenhuizen.* www.bdo.nl/nl/publicaties/documents/bdobenchmarkziekenhuizen2015.pdf

Boer & Croon CF (2015). M&A activiteit zorgmarkt stijgt sterk. *Consultancy.nl,* 16 februari 2015. www.consultancy.nl/nieuws/9984/boer-croon-cf-sterke-stijging-ma-activiteit-zorgmarkt

Brancheorganisatie Kinderopvang (2014). *Kinderopvang 2014: feiten, cijfers en ontwikkelingen.* Utrecht: Brancheorganisatie Kinderopvang. http://www.kinderopvang.nl/nieuws-en-agenda/nieuws-bericht/?newsitemid=497942528

Buitenhek (2015). *Kinderopvang als banenmotor binnen de belastingherziening.* Niet gepubliceerd.

CAOP (2013). *Samenwerking kinderopvang en basisonderwijs.* www.publicatiesarbeidsmarktzorgenwelzijn.nl/samenwerking-kinderopvang-en-basisonderwijs

CAOP (2014). *Werkgeversenquête 2014. Het HRM-beleid in de sector zorg en welzijn.* www.azwinfo.nl/documents

CAOP (2015a). *Werkgeversenquête 2015. Effecten van beleidsmaatregelen op de arbeidsmarkt in Zorg en WJK.* www.publicatiesarbeidsmarktzorgenwelzijn.nl/werkgeversenquete-2015-meting-april-juni-2015/

CAOP (2015b). *Werknemersenquête Zorg en WJK 2015.* www.publicatiesarbeidsmarktzorgenwelzijn.nl/werknemersenquete-2015-meting-mei-juli-2015/

CBS (2013a). *Huishoudensprognose 2013-2060: sterke toename oudere alleen staanden.* www.cbs.nl/NR/rdonlyres/5081B9C0-FAA1-4069-8B9E-DEF9FD77EF3A/0/20130901b15art.pdf

CBS (2013b). *Bevolkingsprognose 2014-2060: veronderstellingen migratie.* www.cbs.nl/NR/rdonlyres/26C1F4DD-159A-4109-9330-6A2BD29DFCAE/0/2015BT06bevolkingsprognose20142060.pdf

CBS (2015). *Minder werknemers, maar meer zelfstandigen in de zorg.* www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2015/minder-werknemers-maar-meer-zelfstandigen-in-de-zorg.htm

CBS Statline (18 december 2014a). *Kerncijfers van diverse bevolkingsprognoses en waarneming.* statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=70737NED&D1=11&D2=4&D3=64-66,70,75,80,85,90,95,100,105,l&VW=T

CBS Statline (18 december 2014b). *Prognose intervallen van de bevolking; leeftijdsgroep, 2015-2060.* statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=82682NED&D1=a&D2=1,21&D3=0&D4=0-5&VW=T

CBS Statline (18 december 2014c). *Prognose intervallen van de bevolking; leeftijdsgroep, 2015-2060.* statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=82682NED&D1=a&D2=21&D3=0&D4=0,5,10,15,20,25,30,35,40,l&VW=T

CBS (21 mei 2015). *Zorguitgaven stijgen met 1,8% in 2014.* www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2015/zorguitgaven-stijgen-met-1-8-procent-in-2014.htm

CBS Statline (10 september 2015). *Van arbeid naar pensioen; personen 55 jaar of ouder.* statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=80396ned&D1=0-1,7,9&D2=0&D3=0&D4=0&D5=1&D6=0,19&D7=0&D8=a&HDR=T,G5,G4&STB=G1,G2,G3,G6,G7&VW=T

CBS Statline (14 september 2015). *Werkzame beroepsbevolking; vergrijzing per bedrijfstak SBI 2008.* statline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=80832NED&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=20&D7=a&D8=9-13&HD=151217-1418&HDR=G1,G2,G3,G4,G6,T,G7&STB=G5

CBS Statline (21 september 2015). *Ziekteverzuimpercentage; bedrijfstakken (SBI 2008) en bedrijfsgrootte.* statline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=80072NED&D1=0&D2=0,6,9,13,20,23,28-30,37&D3=89,94&HD=151217-1243&HDR=T,G1&STB=G2

CBS Statline (6 november 2015). *Bedrijven; branche (SBI 2008).* Verpleeghuizen: statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=81589ned&D1=a&D2=1290&D3=31,l&HDR=T&STB=G1,G2&VW=T; Verzorgingshuizen:statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=81589ned&D1=a&D2=1296&D3=l&VW=T; Thuiszorg: statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=81589ned&D1=a&D2=1304&D3=31,l&HDR=G2,T&STB=G1&VW=T

CPB (2011). *Zorg blijft groeien: financiering onder druk.* www.cpb.nl/zoek?keys=zorg%20blijft%20groeien

CPB (2015a). *Macro Economische Verkenning (MEV) 2016.* www.cpb.nl/publicatie/macro-economische-verkenning-mev-2016
CPB (2015b). *Berekeningen en achtergrondinformatie over baanpolarisatie in Nederland.* www.cpb.nl/publicatie/berekeningen-en-achtergrondinformatie-over-baanpolarisatie-in-nederland
COA (16 november 2015). *Cijfers.* www.coa.nl/nl/over-coa/cijfers
DUO (14 september 2015). duo.nl/organisatie/open_onderwijsdata/databestanden/default.asp
Dutch Hospital Data (2013). *Kengetallen Nederlandse Ziekenhuizen.* www.nvz-ziekenhuizen.nl/_library/8221/
FCB (2012). *Verzuimspiegel Jaarrapportage 2011 WMD Jeugdzorg en Kinderopvang.* www.panteia.nl/Projecten-AZW/Arbeidsmarkt-Zorg-en-Welzijn/Algemeen/FCB-2012-Verzuimspiegel-Jaarrapportage-2011-WMD-Jeugdzorg-en-Kinderopvang
FCB (2015a). *Factsheet verzuim Welzijn 2014-II.*
FCB (2015b). *Factsheet verzuim Jeugdzorg 2014-II.*
FCB (2015c). *Factsheet verzuim Kinderopvang 2014-II.*
FCB (zonder datum). *Trends & Ontwikkelingen sector WMD.*
GGZ Nederland (2014a). *Trends op de arbeidsmarkt in de ggz.* www.ggznederland.nl/uploads/assets/Trends%20op%20de%20arbeidsmarkt%20in%20de%20ggz.pdf
GGZ Nederland (2014b). *Impactanalyse toekomst GGZ Rapportage fase 1.* www.slideshare.net/rlennartz/ggz-nederland-impactanalysetoekomstggzrapportagefase1
Huber, M. (2014). *Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalization and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food.* www.nvag.nl/afbeeldingen/2014/Thesis%20Machteld%20Huber.pdf
IGZ (2013). *Het resultaat telt.* www.igz.nl/Images/2015-02%20(voor%20print)%20Het%20resultaat%20telt%20ziekenhuizen%202013_tcm294-362500.pdf
Kiwa Carity (2015a). *Vacaturemonitor Doktersassistenten en Praktijkondersteuners (POH) 2015-1.* www.ssfh.nl/fileadmin/data/documenten/Actueel/2015/Vacaturemonitor_Doktersassistenten_en_POH_mei_2015.pdf
Kiwa Carity (2015b). *Toekomstverkenning Arbeidsmarkt van verpleegkundig, verzorgend en sociaal agogisch personeel 2015-2019.* www.azwinfo.nl/documents
Kiwa Carity (2015c). *Onvervulde vraag GZ-professionals.* http://www.capaciteitsorgaan.nl/publicatie-categorie/publicaties-beroepen-geestelijke-gezondheid/
Kiwa Carity en CAOP (2015a). *Monitor sectorplannen zorg – augustus 2015.* www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/08/21/monitor-sectorplannen-zorg-augustus-2015
Kiwa Carity en CAOP (2015b). *Monitor HH(T) 2e kwartaalmeting.* www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/08/15/monitor-hh-t-2e-kwartaalmeting
Kiwa Carity en CAOP (2015c). *Vraag en aanbod van wijkverpleegkundigen 2015-2019.* www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2015D41836
Kiwa Carity en CAOP (2015d). *Monitor HH(T) 3e kwartaalmeting.* www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/11/02/monitor-hh-t-3e-kwartaalmeting
Kiwa Carity en CAOP (2015e). *Monitor sectorplannen zorg – november 2015.* www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/11/01/monitor-sectorplannen-zorg-november-2015
KPMG Plexus (2014). *Monitor basis GGZ, Quickscan.* www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2014/06/01/monitor-basis-ggz-quickscan
KPMG Plexus (2015). *Wie doet het met wie in de zorg.* www.kpmg.com/NL/nl/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/PDF/Healthcare/Wie-doet-het-met-wie-in-de-zorg-2014-Tien-conclusies.pdf
LHV (2015). *LHV-peiling over GGZ.* www.publicatiesarbeidsmarktzorgenwelzijn.nl/wp-content/uploads/2015/07/LHV-2013-Uitkomst-LHVpeiling-over-GGZ.pdf
Meurs, P (2015). *Reflectie op advies: 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren'.* www.erasmuscentrumzorgbestuur.nl/sites.php?fb=fb_news_showitem&sid=125
Ministerie van SZW (21 november 2014). *Kamerbrief voortgang overleg met VNG over harmonisatie kinderopvang en peuterspeelzalen.* Kenmerk 2014-0000170778. www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2014/11/21/kamerbrief-voortgang-overleg-harmonisatie-kinderopvang-en-peuterspeelzalen
Ministerie van SZW (2012). *Memorie van toelichting Participatiewet.* www.eerstekamer.nl/behandeling/20120201/memorie_van_toelichting/info
Ministerie van SZW (17 juni 2014). *Kamerbrief over een betere basis voor peuters.* www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2014/06/17/kamerbrief-over-een-betere-basis-voor-peuters
Ministerie van SZW (17 november 2014). *Verzamelbrief kinderopvang: toezicht, handhaving en veiligheid.* Kenmerk 2014-0000171000. www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2014/11/17/verzamelbrief-kinderopvang-toezicht-hand having-en-veiligheid

Ministerie van SZW (7 juli 2015). *Kamerbrief 'Het Nieuwe Toezicht: heldere doelen, duidelijke eisen en betere kwaliteit'.* www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2015/07/07/kamerbrief-het-nieuwe-toezicht-heldere-doelen-duidelijke-eisen-en-betere-kwaliteit

Ministerie van SZW, ministerie van OCW (5 juni 2015). *Kabinetsbesluit nieuwe financieringssystematiek kinderopvang.* www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2015/06/05/kabinetsbesluit-nieuwe-financieringssystematiek-kinderopvang

Ministerie van VWS (16 juli 2013a). *Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014-2017.* www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2013/07/16/onderhandelaarsresultaat-geestelijke-gezondheidszorg-2014-2017.html

Ministerie van VWS (16 juli 2013b). *Onderhandelaarsresultaat medisch-specialistische zorg 2014-2017.* www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2013/07/16/onderhandelaarsresultaat-medisch-specialistische-zorg-2014-t-m-2017.html

Ministerie van VWS (16 juli 2013c). *Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017.* www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2013/07/16/onderhandelaarsresultaat-eerste-lijn-2014-tot-en-met-2017.html

Ministerie van VWS (25 oktober 2013). *Visie op de arbeidsmarkt in de zorg en ondersteuning.* Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer, kenmerk 164853-112417-MEVA. www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2013/10/25/kamerbrief-over-visie-op-de-arbeidsmarkt-in-de-zorg-en-ondersteuning

Ministerie van VWS (28 oktober 2013). *Beleidsbrief bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg*, kenmerk 159560-111669-CZ. www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2013/10/28/kamerbrief-over-bekostiging-huisartsenzorg-en-multidisciplinaire-zorg

Ministerie van VWS (2014). *Verzekerdenmonitor 2014*. www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2014/10/07/verzekerdenmonitor-2014

Ministerie van VWS (14 december 2014). *Stand van zaken HHT december*. hervorminglangdurigezorg.nl/external/files/kamerbrief-over-stand-van-zaken-huishoudelijke-hulp-toelage-hht-in-de-zorg_20141212.pdf

Ministerie van VWS (18 mei 2015). *Kamerbrief over rapport hoofdbehandelaarschap ggz.* Advies commissie Meurs inzake hoofdbehandelaarschap GGZ, kenmerk 760615-136086-CZ. www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2015/05/18/kamerbrief-over-rapport-hoofdbehandelaarschap-ggz

Ministerie van VWS (19 mei 2015). *Voorhangbrief bekostiging wijkverpleging.* Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer, kenmerk 765400-136437-CZ. www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2015/05/19/kamerbrief-over-bekostiging-wijkverpleging.html

Ministerie van VWS (3 september 2015). *Kamerbrief nazending 2e VGR HLZ.* www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2015/09/03/kamerbrief-over-nazending-2e-voortgangsrapportage-hlz

Ministerie van VWS (13 november 2015). Bericht dat ouderbijdrage jeugdhulp per 1 januari 2016 wordt afgeschaft. www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/nieuws/2015/11/13/van-rijn-schaft-ouderbijdrage-jeugdhulp-af

Ministerie van VWS (4 december 2015). *Toekomstvaste langdurige zorg en ondersteuning.* Brief aan Tweede Kamer met notitie. www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2015/12/04/kamerbrief-over-toekomstvaste-langdurige-zorg-en-ondersteuning

Ministerie van VWS en ministerie van VenJ (5 december 2013). *Financiële duidelijkheid gemeenten overheveling budget jeugdhulp, jeugdbescherming, jeugdreclassering.* Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer, kenmerk 180316-114741-J. www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/12/05/kamerbrief-financiele-duidelijkheid-gemeenten-overheveling-budget-jeugdhulp-jeugdbescherming-jeugdreclassering.html

NDSD (2015). *Eindrapportage Analyse inkoop 2015 door gemeenten*, juni 2015 vng.nl/onderwerpenindex/sociaal-domein/publicaties/analyse-inkoop-2015-door-gemeenten

Nederlands Huisartsen Genootschap (2015). *Huisarts, patiënt en e-health.* www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/huisarts_patient_en_ehealth_-_nhg_-_28052015.pdf

Nivel, databank aantal huisartsen. www.nivel.nl/databank
NOS (15 juni 2015). *Journaal*. http://nos.nl/uitzending/6360-nos-journaal.html
Nursing (2013. *Stagetekort door explosieve groei studenten verpleegkunde.* www.nursing.nl/Verpleegkundigen/Nieuws/2013/7/Stagetekort-door-explosieve-groei-studenten-verpleegkunde-1316190W/
NVZ (2013). *Zorg in de toekomst.* www.nvz-ziekenhuizen.nl/_library/7088/Zorg%20in%20de%20toekomst%20-%20Standpunt%20NVZ.pdf
NVZ (2015a). *Zorg innoveert, brancherapport algemene ziekenhuizen.* www.nvz-ziekenhuizen.nl/over-de-branche/brancherapport-2014
NVZ (2015b). *Zorg toont.* www.nvz-ziekenhuizen.nl/over-de-branche/ziekenhuizen
NZa (2012). *Scheiden van Wonen en Zorg in de ABWZ.* www.nza.nl/104107/139830/465987/Advies-Scheiden-van-Wonen-en-Zorg-in-de-AWBZ.pdf
Nza (2015). *Position paper 'Werking van het zorgstelsel'.* www.nza.nl/104107/662649/position-paper-werking-van-het-zorgstelsel.pdf
Onderzoeksprogramma AZW. www.azwinfo.nl/jive/
Panteia (2011). *Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en WJK. Werknemers enquête Zorg en WJK 2011.* www.azwinfo.nl/documents
Panteia (2013). *Werknemersenquête Zorg en WJK 2013.* www.azwinfo.nl/documents
Panteia (2014). *Werkgeversenquête 4 Zorg en WJK 2013.* www.azwinfo.nl/documents
Panteia, *SEOR & E,til (2014). ArbeidsmarktEffectRapportage – Fase II.* Rapport over stelselwijzigingen en decentralisaties in de langdurige zorg en ondersteuning en in de jeugdhulp. www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2014/10/14/arbeidsmarkteffectrapportage-fase-ii.html
PFZW (2013). *Branchekengetallen Huisartsenzorg. 2013*
PFZW (2014). *Branchekengetallen Huisartsenzorg. 2014*
Pharos (2012). *Migratie en gezondheid.* www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/algemeen/webshop/product/105/migratie-en-gezondheid-2012
Postma, J. (2015). *Schaal in de zorg: Een analyse van de structurele, sociale en symbolische dimensies van schaal in de gezondheidszorg.* Academisch proefschrift, 5 juni 2015, EUR. repub.eur.nl/pub/78305/
Regioplan (2014). *Jaarbericht brede scholen en integrale kindcentra 2013.* www.regioplan.nl/publicaties/rapporten/jaarbericht_brede_scholen_en_integrale_kindcentra_2013
RIVM (2012). *Kostenontwikkeling GGZ.* www.volksgezondheidenzorg.info/sites/default/files/016171_kvz-2012-1-kostenontwikkeling-ggz.pdf
RIVM (2014). *De VTV-2014.* www.eengezondernederland.nl/Een_gezonder_Nederland.
SBB (14 september 2015). *Kans op stage.* kansop.s-bb.nl/SearchStage.aspx?field=name
SCP & CBS (2014). *Armoedesignalement 2014.* www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2014/Armoedesignalement_2014
SEO (2014). *Notitie Gevolgen van stelselwijziging voor werkgelegenheid gehandicaptenzorg.* www.seo.nl/uploads/media/Gevolgen_stelselwijziging_voor_werkgelegenheid_gehandicaptenzorg.pdf
TSD (2015). *Code verantwoordelijk marktgedrag thuiszorgondersteuning.* www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2015/08/31/code-verantwoordelijk-marktgedrag-thuisondersteuning
UWV (2011). *Sociale verzekeringen naar sectoren 2010.* www.uwv.nl/overuwv/kennis-cijfers-en-onderzoek/index.aspx
UWV (2012). *Sociale verzekeringen naar sectoren 2011.* www.uwv.nl/overuwv/kennis-cijfers-en-onderzoek/index.aspx
UWV (2013). *Sociale verzekeringen naar sectoren 2012.* www.uwv.nl/overuwv/kennis-cijfers-en-onderzoek/index.aspx
UWV (2014). *Sociale verzekeringen naar sectoren 2013.* www.uwv.nl/overuwv/kennis-cijfers-en-onderzoek/index.aspx
UWV (2015a). *Zorg - Sectorbeschrijving.* www.uwv.nl/overuwv/Images/Sectorbeschrijving%20Zorg%20def.pdf
UWV (2015b). *UWV Arbeidsmarktprognose 2015-2016.* www.uwv.nl/overuwv/kennis-cijfers-en-onderzoek/arbeidsmarktinformatie/uwv-arbeidsmarktprognose-2015-2016.aspx
UWV (2015c). *Sociale verzekeringen naar sectoren 2014.* www.uwv.nl/overuwv/kennis-cijfers-en-onderzoek/index.aspx
Vernet (2013). Maatwerklevering verzuimdata in de zorg.
Vernet (2014). *Jaarrapport 2014. Gehandicaptenzorg.* Niet gepubliceerd.
V&VN (2014). *Normen van indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving.* www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=TOP1d8dPT_E%3D&portalid=1
Volksgezondheidenzorg.info. *Eerstelijnszorg Cijfers & Context Aanbod eerstelijnszorg* www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/eerstelijnszorg/cijfers-context/aanbod-eerstelijnszorg#node-aantal-instellingen-waar-huisartsen-werken).
Willemse, E. red. (2015). *Beter? Toekomstbeelden van technologie in de zorg.* Den Haag: Stichting Toekomstbeeld der Techniek.

Zorgopdekaart.nl.
www.zorgopdekaart.nl/zkpublic/#/kaart?layers=ConcernsVVT;ConcernsGHZ;ConcernsGGZ
Zorginstituut Nederland (2015). *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren.*
www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/beroepen-en-opleidingen/naar-nieuwe-zorg-en-zorgberoepen---de-contouren/naar-nieuwe-zorg-en-zorgberoepen---de-contouren/naar-nieuwe-zorg-en-zorgberoepen---de-contouren/zinl%3Adocuments/1504-naar-nieuwe-zorg-en-zorgberoepen-de-contouren-onlineversie/Naar+nieuwe+zorg+en+zorgberoepen+%28de+contouren%29+%28onlineversie%29.pdf

Dit rapport is onderdeel van het onderzoeks-programma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn. Meer informatie over dit programma is te vinden op www.azwinfo.nl

Colofon
Dit rapport is een uitgave van CAOP
Lange Voorhout 13, Postbus 556, 2501 CN Den Haag
www.caop.nl; info@caop.nl

Vormgeving en illustraties: Studio Tint, Den Haag

Dit programma wordt uitgevoerd door:

CAOP

kiwa
Partner for progress